



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA PACIENTE CON HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:

GISELA VELA LIMA

099511699

Asesoría de Trabajo: Maestra Juana Baroja Cruz



MEXICO, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción		1
1ª. Parte:		
Marco teórico		
1	Origen de la Enfermería	2
1.1	Etapas históricas del cuidado	2
1.2	Impulso de la Enfermería	4
1.3	Grandes corrientes del pensamiento	8
1.4	La disciplina enfermera en el momento	11
2	Proceso Atención de Enfermería	14
2.1	Evolución del Proceso de Enfermería	14
2.2	Concepto del Proceso Atención de Enfermería	16
2.3	Características	16
2.4	Importancia del Proceso Atención de Enfermería	17
2.5	Etapas del Proceso Atención de Enfermería	18
2.6	Valoración	18
2.7	Diagnóstico de Enfermería	23
2.8	Planeación	26
2.9	Ejecución	29
2.10	Evaluación	31
3	La teoría de Virginia Henderson	34
3.1	Antecedentes biográficos de Virginia Henderson	34
3.2	Metaparadigma del modelo de Virginia Henderson	35

3.3	Necesidades Básicas	36
3.4	Causas de dificultad	36

2ª Parte

Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

4	Contexto donde se aplica el Proceso Atención de Enfermería	39
4.1	Breves antecedentes del ISSSTE	39
4.2	Antecedentes históricos del hospital Regional General Ignacio Zaragoza. ISSSTE	39
4.3	Identificación del servicio	42
4.4	Caso clínico. Valoración de enfermería	45
4.5	Necesidades	46
4.5.1	Necesidad de respirar	46
4.5.2	Beber y comer	46
4.5.3	Eliminar	46
4.5.4	Moverse	46
4.5.5	Dormir y descansar	46
4.5.6	Vestirse y desnudarse	47
4.5.7	Mantener temperatura corporal dentro de los límites normales	47
4.5.8	Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos	47
4.5.9	Evitar peligros	47
4.5.10	comunicarse con los semejantes	47
4.5.11	Actuar según las propias creencias y valores	47
4.5.12	Preocuparse de la propia ocupación y realización	48
4.5.13	Distraerse	48
4.5.14	Aprender	48
5	Diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación	49

3ª Parte

Conclusiones

6	Conclusiones	65
7	Bibliografía	66
8	Anexos	68
	Instrumento de Valoración	69
	Preeclampsia-eclampsia	75

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como finalidad de presentar un proceso Atención de Enfermería, aplicado a una paciente con hipertensión inducida por el embarazo, en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, en la Unidad de Cuidados Intensivos adulto para: planear, brindar y evaluar los cuidados de enfermería a brindar; y que éstos sean de calidad, con el objetivo de favorecer su recuperación y prevenir complicaciones en este momento y a futuro, ya que es su primer hijo, se presenta con el modelo de Virginia Henderson.

El Proceso Atención de Enfermería esta dirigido a identificar las respuestas humanas de la persona, familia y comunidad, para atender las posibles alteraciones de su salud para realizar una intervención adecuada.

Utilizando el modelo de Virginia Henderson, se delimitan de manera más clara el actuar de enfermería al satisfacer las necesidades de la persona cuidada, además de captar detalles de la situación de la paciente y apreciar la importancia de la misma. Esto lleva a un fin determinado, la satisfacción optima de las necesidades de la persona y hacer más personales y humanos los cuidados que se van a brindar.

Finalmente se presenta el caso clínico y la aplicación del proceso atención de enfermería; incluyendo anexos sobre instrumento de valoración, y preeclampsia

1ª PARTE

MARCO TEORICO

1.- EL ORIGEN DE LA ENFERMERÍA

La enfermería tiene su Origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con todo este tipo de cuidado desde los tiempos más remotos. La palabra inglesa nursery deriva del vocablo latino nutriré nutrir. El término inglés nurse también tiene sus raíces en el latín, en el nombre nutrix, que significa madre que cría. A menudo hacía referencia a una mujer que amamantaba a un niño que no era hijo suyo, o sea un ama de cría. Con el tiempo, el término nutrix se utilizó para identificar a una mujer que criaba, lo que suponía una definición más amplia aunque todavía relacionada con la idea de engendrar. Los vocablos latinos fueron la base de la palabra francesa nourrice y de la española nodriza, que también se referían a la mujer que amamantaba a un niño, en especial al hijo de otra. A lo largo de esta evolución de la palabra, se añadió otra dimensión a su significado: mujer que cuida y atiende a niños pequeños.

La palabra inglesa nurse también se ha utilizado como verbo, cuyas raíces originarias entroncan con el vocablo latino nutrire, que significaba amamantar y nutrir. El significado tanto del nombre como del verbo continuó ampliándose para abarcar un número cada vez mayor de funciones relacionadas con el cuidado de toda la humanidad.¹

1.1 ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO

Etapa Doméstica

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. La enfermería debió adoptar un carácter de arte doméstico.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elementos muy importantes de contacto maternal, para transmitir

¹ DONAUE. M.Patricia. Historia de la Enfermería. Edit Harcourt. Mosby. Pág 4-6

bienestar .2

En último extremo, las exigencias globales de la enfermedad resultarían incompresibles sin la formación y el conocimiento de las condiciones sociales y de las necesidades del momento.³

Etapa vocacional

Aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Colliere llama la mujer consagrada. Por otro lado, las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, por tanto, la incipiente enfermera, a causa de estos principios de tipo moral, centró la atención en la palabra en forma de oración y en los consejos morales, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples.⁴

Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de ésta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.⁵

Etapa técnica

La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, en algunos casos referidos a pruebas diagnósticas (análisis, medición de signos vitales, etc.), en otros con fines curativos (administración de fármacos, curas, etc.). De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se las denominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos. Esta etapa conocida, como técnica, se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Corriere denomina mujer enfermera-auxiliar del médico largo período de transición, conocido como Etapa Oscura de la Enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación.⁶

Etapa profesional

Las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. Comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su

2 GARCÍA Martín, Historia del cuidado Enfermero. Ediciones Harcourt 2001. Pág.15

3 Idem. Pág 7-9

4 Idem Pág 7-9

5 Idem Pág 16

identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad.⁷

1.2 EL IMPULSO DE LA ENFERMERÍA

A veces resulta difícil distinguir la enfermería de la medicina en este proceso evolutivo, pues las primeras etapas de ambas disciplinas están estrechamente entrelazadas. Aunque hay quienes opinan que la enfermería nació con Florence Nightingale, en realidad es tan antigua como la propia medicina. La interdependencia entre ambas se ha puesto de manifiesto a lo largo de la historia y ha producido una interrelación única y singular. A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.⁸

Tiempos remotos

Abarca del siglo XVIII y continúa intensamente en el siglo XIX. Durante toda la Prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayeron en la mujer y en el sanador. El protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres. Son ellas las que desempeñan en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar.⁹

Sociedades arcaicas superiores

Estas sociedades se encuentran en el tiempo entre la Prehistoria y el Mundo Clásico. En los escritos existen relatos de amas de cría, parteras o cuidadoras de niños que tenían un gran apego a su trabajo. En el Nuevo Mundo (es el nombre con el que los historiadores denominan al continente americano), la posición de la mujer india era socialmente muy alta. Parece que tenía autoridad total sobre el hogar. Cabe suponer que su papel incluía el cuidado de los niños, la asistencia al parto y algún tipo de participación en el cuidado de los enfermos y los ancianos.¹⁰

6 Idem pág 18-19

7 Idem pág 21

8 GARCÍA Op.cit.Pág 2-3

9 Idem pág 28

10 Idem Pág 35

El mundo clásico

Comprende desde el 330 al 29 a. de C, al siglo V. En Grecia: las mujeres brindaban la mayor parte de los cuidados obstétricos. Así como las parteras eran habituales, otro tipo de asistencia a la salud estaba vedada a la mujer, los cuidados a la familia recaían principalmente en la esposa. En Roma. Las mujeres eran muy independientes y se dedicaban a muchas actividades fuera del hogar, su papel seguía siendo el cuidado de los niños, los ancianos y la atención a los partos. Así, el cuidado del enfermo lo asumían los esclavos y sirvientes (hombres y mujeres).¹¹

Inicio del mundo cristiano

En los primeros siglos de la Era Cristiana, florecieron congregaciones dedicadas al cuidado de los enfermos, encabezadas por las mujeres como: las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas. Tanto en los monasterios como en los hospitales había personal de enfermería mayoritariamente religioso, pero también laico con votos.¹²

Alta edad media

La esposa del señor feudal tenía a su cargo el cuidado de los enfermos de la hacienda, practicaba primeros auxilios y tenía un amplio conocimiento de remedios caseros para todo tipo de enfermedades.¹³

Mundo moderno

La mujer comenzó a tener una relativa importancia social, lo que favoreció que se escribieran tratados dirigidos a matronas y parteras. Las personas que en esta época se incorporaron al cuidado de los enfermos fueron en su mayoría mujeres de vida alegre, entregadas a la bebida y, frecuentemente, procedentes de cárceles.¹⁴

Nueva concepción de la enfermería

La persona de Florence Nightingale, representa el final de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional. Es ella la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras.¹⁵

11 García. Op.cit Pág 55

12 Idem Pág. 70

13 Idem Pág. 78

14 Idem.Pág. 99

15 Idem. Pág 133

Inicio de la profesionalización del cuidado

Enfermería como trabajo técnico tiene el máximo exponente en las décadas 50, 60 y 70 del siglo XX. Hasta iniciado el siglo XX, la preparación de las enfermeras fue escasa o nula.

La enfermera pierde su identidad asociada a los cuidados.

Pasa de una actividad de cuidar centrada en la persona a la de curar centrada en el órgano, ésta derivada de la práctica médica.

El comienzo de las mujeres en los estudios para su preparación y titulación de las enfermeras.

Formación postbásica, se crean especialidades con formación muy heterogéneas.

La figura de la auxiliar de clínica surge como necesidad del tipo de atención sanitaria que se prestaba.¹⁶

Campo de actuación de la enfermera profesional

La enfermería se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas). Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional.¹⁷

El cuidado como objeto de la disciplina enfermera

El saber enfermero se configura como un conjunto de conocimientos, riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado. El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas. No por esto se puede decir que todas las personas que cuidan de otras están haciendo enfermería.¹⁸

En definitiva el cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera; si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión. Todo lo cual permite analizar el cuidado de enfermería como entidad diferenciada, aunque igual que otras estructuras dinámicas, está en constante interacción con el ambiente en que se desarrolla. Para diagnosticar y tratar los problemas de salud se requieren conocimientos, actitudes y destrezas que solo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, el hombre, la salud y la propia enfermería. Por tanto, los cuidados de enfermería comienzan mucho antes de la realización de una tarea concreta y finalizan

¹⁶ Idem. Pág 155-156

¹⁷ Idem. Pág. 165

bastante más allá de esa tarea. El cuidado integral no puede ser dependiente de la improvisación y la rutina. Para que sea de calidad, debe planificarse con una metodología rigurosa pero flexible, aplicable a cada situación y que permita el conocimiento que sirve de base para iniciar un plan de acción.¹⁹

El ejercicio de la profesión abarca aspecto deontológico a la vez que se enmarca en los derechos humanos. El cuidado de la salud, desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global del hombre, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que están presentes en todas y cada una de las personas. El enfoque holístico del hombre en la atención a la salud es asumido por la enfermería desde todas las perspectivas teóricas. La teoría holística describe a los seres humanos como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes, de tal manera que el desequilibrio en una de las partes origina un desequilibrio en todo el sistema hombre. Desde este concepto, las enfermeras comprenden que al prestar cuidados tienen que relacionar los aspectos fisiológicos y psicológicos, sin olvidar la relación e interacción del individuo con el medio externo y con los demás. Así, el concepto de hombre como ser biopsicosocial significa que la adaptación humana para el mantenimiento de la salud total ha de hacerse en las tres áreas enunciadas: fisiológica, psicológica y social.²⁰

Área fisiológica: el sistema orgánico tiene como función el mantenimiento de la homeostasis interna. El hombre se adapta a esta área a través del sistema regulador.²¹

Área psicológica: basada en los comportamientos humanos, su fin es la consecución de metas. Comprende las necesidades de amor, autoestima, autoconcepto, seguridad, etc. Influyen en ella, además de la personalidad, las experiencias de vida, el concepto de sí mismo, etc.²²

Área social: referida a las relaciones entre los individuos y los grupos que se establecen, según las normas, valores, ideología, modelos, etc., en el contexto cultural donde el hombre está inmerso.²³

18 García. Op. Cit . pág 179

19 Idem. Pág 180-181

20 Idem. Pág 182

21 García. Op. Cit pág. 70-84

22 Idem.Pág.70-84

23 Idem Pág 70-84

1.3 GRANDES CORRIENTES DEL PENSAMIENTO

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos. Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas.²⁴

Paradigma de la Categorización

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables, así, los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones lineales y causales. Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Este paradigma ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera: una orientación centrada en la Salud Pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.²⁵

Orientación a la Salud Pública:

La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.²⁶

Persona: Nightingale la considera según sus componentes físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente.²⁷

Entorno: si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada, son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.²⁸

24 Kerouac y Cols. "Grandes corrientes del pensamiento".El pensamiento enfermero. Barcelona. Edit.Masson S.A.1ª . ed. Pág. 114

25 Idem.pág 115

26 Idem Pág 116

27 Idem Pág. 117

28 Idem.Pág. 117

Cuidado: es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.²⁹

Salud: Nightingale la definió como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno.³⁰

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.³¹

Orientación hacia la enfermedad

Se sitúa en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas.³²

Cuidado: está enfocado hacia los problemas, la intervención de enfermería consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados. La enfermera está muy atareada y ocupada, planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones.³³

Persona: se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.³⁴

Salud: es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como positiva, mientras que la enfermedad es percibida como negativa.³⁵

Entorno: es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural.³⁶

Paradigma de la Integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.³⁷

29 Idem. Pág . 117

30 Marriner T Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Mosby. 5ª ed. España 2003. Pág 70

31 KEROUAC S. y Cols. Grandes Corrientes del pensamiento. El pensamiento enfermero. Barcelona. Edit. Masson. 1ª ed. Pág 1-5

32 Idem. Pág 118

33 Idem. Pág. 118

34 Idem. Pág .119

35 Idem. Pág .119

36 Kerouac. Op. Cit .pág 119

37 Idem. Pág . 121

Orientación hacia la persona

Entorno: está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.), en el que la persona vive. La enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve el cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento.³⁸

Cuidado: va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas.³⁹

Persona: es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados.⁴⁰

Salud: es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.⁴¹

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno; la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones.⁴²

Paradigma de la Transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes, tratándose de un proceso recíproco y simultáneo de interacción, éste paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.⁴³

Apertura hacia el mundo

La OMS propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y

38 Idem. Pág. 122

39 Idem. Pág. 123

40 Idem. Pág. 123

41 Idem. Pág. 123

42 Idem. Pág. 124

43 Idem. Pág. 124

la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas.⁴⁴

Cuidado: va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona.⁴⁵

Persona: es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta, evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.⁴⁶

Salud: es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona.⁴⁷

Entorno: está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte; la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo.⁴⁸

Así frente a la complejidad de las situaciones de salud y a la necesidad de una visión más global, las enfermeras hoy en día y cada vez más emprenden estudios superiores. El avance de los conocimientos en su disciplina las lleva a diversificar sus motivos de estudio; tienen necesidad de una formación científica para utilizar sus conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano. Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo, sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo por otra forma de ver. Incluso es difícil aceptar que hay otras formas de ver. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros.⁴⁹

1.4 LA DISCIPLINA ENFERMERA EN EL MOMENTO

A lo largo de las etapas anteriores hemos visto lo que fuimos y porque hemos llegado donde estamos ahora. Hemos conocido personas que hicieron mucho por esta profesión y por mejorar las condiciones de vida de sus contemporáneos. En la actualidad los profesionales de la enfermería desempeñan sus tareas en muchos ámbitos diferentes: hospitalización, ambulatorio, domicilio, laboratorio, investigación, docencia, quirófanos, unidades de cuidados intensivos, residencias de

44 Idem. Pág. 125

45 Idem. Pág. 126

46 Idem. Pág. 126

47 Idem. Pág. 126

48 Idem. Pág. 127

49 KEROUAC Op.Cit. Pág 11-17

ancianos, prisiones, unidades de medicina laboral, organizaciones humanitarias, gestión. Pero a pesar de todo esto, hay que tener en cuenta otros factores que pueden provocar un retroceso. Las condiciones del mercado laboral empeoran día tras día, y la enfermería no está excluida.- Falta de oportunidades de encontrar trabajo al acabar la carrera.- Contratos basura.- Turnos y horarios abusivos.- Sueldos que no remuneran adecuadamente la tarea realizada.- Falta de prestigio social.- Movilidad excesiva dentro de la empresa, que no permite una adaptación y una ilusión en el proyecto de trabajo.- Falta de unas especialidades lógicas y necesarias.- Intrusismo de otros profesionales menos calificados en las tareas específicas de enfermería. Porque son una mano de obra más barata.- Abusivo número de pacientes/enfermera. Por todo esto y por muchas cosas más que se han quedado por explicar deberán luchar las enfermeras y enfermeros del futuro. Cuando en una unidad de enfermería entra una enfermera nueva es como si se abriese una ventana y entrase aire fresco. Su ilusión y ganas de trabajar se mezclan con la experiencia de las enfermeras que hace muchos años que se dedican, y es así como se avanza.

La enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia.⁵⁰

Retabulación del personal de enfermería a partir de Enero del 2005, Reconociendo a la enfermería como carrera profesional.

Palabras del Presidente de la República del día 6 de enero del 2005 reconociendo a enfermería como carrera profesional.

México, D.F. a 6 de enero del 2005

Palabras del Presidente Vicente Fox Quesada durante la Ceremonia Conmemorativa del Día de la Enfermera, que esta mañana tuvo lugar en el Auditorio No. 1 de la Unidad de Congresos, del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en esta ciudad.

Así, a partir de este año, las y los enfermeros se desincorporarán ya del tabulador para los egresados de bachillerato estudiar la licenciatura en Enfermería. Es para ustedes y es en su día. Se recupera el Código de Enfermera Obstetra en el tabulador de la Secretaría de Salud, lo que también va a mejorar las percepciones de estas valiosas trabajadoras vinculadas a la atención del parto de bajo riesgo en el ambiente rural. Esta acción es parte del fortalecimiento del Programa Arranque Parejo en la Vida.

Instruyo en este momento al Secretario de Salud a buscar, en la revisión salarial de este año, junto con las representaciones sindicales y la FSTSE, la retabulación del personal de enfermería.

Instruyo al Secretario a que alcancemos un acuerdo con la representación sindical para que, en las nuevas condiciones de trabajo de la Secretaría de Salud, se incorporen las enfermeras al Seguro Institucional de Responsabilidad Profesional. Nuestro sistema de salud está constituido sobre una base ética, una base ética que parte de la búsqueda de una sociedad justa, inspirada en el espíritu solidario, que emana de las mejores tradiciones de nuestra sociedad. 51

2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA (52)

paplau, h 1952	IDENTIFICÓ CUATRO FASES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES: ORIENTACIÓN, IDENTIFICACIÓN, EXPLOTACIÓN Y RESOLUCIÓN. ETAS FASES SON SECUENCIALES Y SE OCUPA DE LAS RELACIONES MUTUAS DE CARÁCTER TERAPÉUTICO ENTRE LAS PERSONAS.
HALL, L 1955	Creo el término de proceso de enfermería
KREUTER, FR 1957	Describió al proceso de enfermería como coordinación, planificación y evaluación de los cuidados enfermeros, además de orientar a la familia y a la auxiliar de enfermería en la presentación de sus servicios. Se considero que eso mejoraba la calidad de la práctica profesional.
JHONSON, DE 1959	Considero al proceso de enfemería como valoración de las situaciones, toma de decisiones, realización de un conjunto de acciones diseñadas para devolver y evaluar los problemas de enfermería.
ORLANDO ,JJ 1961	Introdujo el modelo de tres pasos en el proceso de enfermería; identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada.
WIEDENBACH,E 1961, 1970	Afirmo que el proceso de enfermería comprendía las mismas etapas que método científico.
HENDERSON, V 1965	Describió las fases de cuidado profesional enfermero como: evaluación de los comportamiento y las situaciones, reconocimiento de los sistemas físicos: diagnóstico, planificación, identificación de las necesidades y coordinación del régimen cliente a través de todas las fases del cuidado.
HEIDGERKEN, L 1965	Fue la primera en emplear el término valoración en un artículo publicado en 1965. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco

	para la valoración. Recogió y registró los datos objetivos y subjetivos de la valoración.
MC. CAIN, RA 1965	Introdujo un modelo de proceso llamado de las cinco D: describir, profundizar, decidir, hacer y discriminar. Señalo que las enfermeras recogían los datos sobre la salud del cliente en las primeras fases.
KNOWLES, L 1967	Enumero los pasos del proceso de enfermería como: percepción y comunicación, interpretación, intervención y discriminación.
Wester Interstate Comisión on Higher Education 1967. Catholic University of EEUU	Afirmó que había tres etapas en los cuidados de enfermería: determinación inicial y continuada de las necesidades de cuidados enfermeros, diseño de las acciones de enfermería que contribuyan a alcanzar las metas de salud del cliente, y la iniciación, diversión y control de las actividades asistenciales.
OREM, D 1971	Referenció las cinco etapas del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.
ANA Stabders of Nursing Practice, 1973	Convocaron la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos enfermeros en 1973, lo que permitió usar el modelo de proceso de enfermería de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.
GEBBIE, K Y LAVIN, MA 1975	Se utilizó un proceso de enfermería de seis etapas: valoración de los comportamiento del cliente y los factores influyentes, identificación de los problemas, formulación de objetivos, intervención, selección de propuestas y evaluación.
ROY, Sr.C 1976	Defendió el empleo del término diagnóstico de enfermería.

2.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

*Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.*⁵³

El proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo porque el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del paciente, y si éste estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar . En caso de que éste bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del paciente, elevando al máximo su recurso para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo.⁵⁴

2.3 CARACTERÍSTICAS

Método: porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Sistemático: por estar conformado de cinco etapas que obedecen aun orden lógico y conduce al logro de resultados.

Humanista: por considerar al hombre como un ser holístico que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Intencionado: porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

⁵³ Rodríguez S. Bertha Proceso Enfermero. Edit Cuellar. Junio 2002 México Pág 29

⁵⁴ Iyer Patricia. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Edit Interamericana México 1999 Pág.11

Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible: porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería e;

Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes. 55

2.4. IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Cuando se emplea como instrumento en la práctica de enfermería, el proceso puede ayudar a *asegurar la calidad de los cuidados del paciente*. Si no se aplica este método científico para el cuidado del paciente, pronto ocurrirían omisiones y duplicaciones. Un plan de atención de enfermería ayuda a reducir estos problemas al utilizarse, como guía para proporcionar cuidados al paciente en particular. La enfermera utiliza el proceso de enfermería para planear cuidados y asegurar un control consistente y responsable de los problemas. El proceso de enfermería exige como requisitos previos, opiniones, conocimientos y habilidades. Las opiniones forman el sistema teórico sobre el que se basa la práctica de la enfermería. Los conocimientos y habilidades constituyen los instrumentos para la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación.⁵⁶

El uso de Proceso de Enfermería tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para el paciente y para el profesional de la enfermería en particular. En sentido profesional, el Proceso de Enfermería define el alcance de la práctica de la enfermería e identifica las directrices de la asistencia de enfermería. El paciente se beneficia del uso del Proceso de Enfermería, ya que le asegura la calidad de asistencia, al tiempo que estimule al cliente a participar en la misma. Finalmente las ventajas para el profesional de enfermería en particular son una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento del desarrollo profesional.

El razonamiento crítico facilita una definición intencionada y dirigida al objetivo de la asistencia al paciente y de los problemas de tratamiento. Ello exige lógica, competencia, flexibilidad, creatividad, iniciativa y comunicación eficaz.⁵⁷

55 Idem. Pág 29

56 Idem Pág 30

2.5. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

2.6 VALORACIÓN: Es el primer paso para determinar el estado de salud. Es el momento en que reúne información para asegurarse de que dispone de todas las piezas necesarias del rompecabezas, para formar y tratar a los problemas de salud a tiempo y de forma segura.⁵⁸

CONCEPTO

Es la primera etapa del proceso de enfermería que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todos los datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas. La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de Henderson, los 4 principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jhonson, los requisitos de autocuidado de Orem, o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana.⁵⁹

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.-RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante una valoración de enfermería y son la **entrevista, la observación y la exploración física**. Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

La entrevista en enfermería es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e

57 Idem Pág 29-30

58 Rodríguez. Op. Cit. Pág 29

59 Iyer Op. Cit. Pág 40

interacción refinadas.

Sus objetivos en el contexto de una valoración de enfermería son:

- * adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planeación
- * facilitar su relación con el paciente creando una oportunidad para el diálogo
- *permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos

La **entrevista** consta de tres segmentos:

La introducción: es la fase introductora, profesional de enfermería y paciente, comienzan a desarrollar una relación terapéutica.

Cuerpo: comienza con el principal motivo de queja del paciente, añadiéndose después otras áreas como la historia familiar y los datos religiosos y culturales. *ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.⁶⁰

Cierre: durante esta fase se prepara al paciente para terminar la entrevista.⁶¹

La recolección de datos comprende información subjetiva y la información objetiva. Cualquier información es muy valiosa, pero a veces sucede que debido a la edad del enfermo los datos subjetivos son escasos, e incluso inexistentes. Esta situación se ha de compensar mediante la información objetiva y la que pueda conseguirse al acudir a otras fuentes. A veces ocurre que los datos subjetivos y los datos objetivos se contradicen. Una persona puede, por ejemplo, negar que se encuentra mal después de una operación quirúrgica (dato subjetivo), cuando presenta todos los signos del dolor.⁶²

Existe otro tipo de informaciones que se refieren más bien al tiempo: comprenden los datos actuales y los datos históricos. Los datos actuales incluyen lo que ocurre en el momento de la recolección de datos. Se refieren por ejemplo, a las náuseas, vómitos, dolores o las limitaciones que experimenta en ese momento la persona. Los datos históricos tiene en cuenta lo que le pasaba antes de su llegada al servicio o antes de que apareciera la enfermedad, estos datos nos permiten conocer mejor a la persona y establecer una comparación con lo que le ocurre ahora. De entre los datos subjetivos y objetivos, alguno son estables (gusto, ascos, alergias), mientras que otros son variables (pulso,

60 Idem Pag. 54

61 Idem Pág 54-55

coloración de la piel, el estado de ánimo). Hay que vigilar las fluctuaciones de estos últimos y llevar un control.⁶³

Observación

Aquí es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera -paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.⁶⁴

La exploración física

La participación del personal de enfermería durante el examen clínico dependerá del grado de conocimiento científico, relaciones interpersonales positivas y la cantidad y tipo de recursos físicos existentes. Tales situaciones en condiciones óptimas, permitirán al personal de enfermería obtener en forma precisa y ordenada, información del individuo en las áreas fisiológica ,psicológica y social, que una vez analizadas y sintetizadas permitirán elaborar un diagnóstico de enfermería, el cual facilitará la planeación y ejecución del plan de atención .⁶⁵

La valoración del estado de salud individual se realiza a través del examen clínico que es el estudio integral de un individuo a través de métodos específicos.

Sus objetivos son: Facilitar la transición en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo del individuo. Elaborar un diagnóstico oportuno. Tener bases para planear el proceso de atención de enfermería y contribuir en la investigación médica basada en clínica y de estadística.⁶⁶

La **observación** es una habilidad que exige disciplina y práctica por su parte, así como una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos: vista, olfato, oído y sensibilidad.

Esta herramienta debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente (características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambiente)

62 Phaneuf Op.Cit.85

63 Idem Pág..85-86

64 Idem. Pág 85-86

65 Rosales Op.Cit. Pág.228

que le rodea.⁶⁷

Las manifestaciones clínicas, signos y síntomas que son de gran relevancia para la obtención de datos. Signo es un fenómeno objetivo de la enfermedad o estado que la enfermera y el médico reconoce o provoca.⁶⁸ El síntoma es una manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable por la enfermera o el enfermo y el médico. Un síntoma subjetivo es que es percibido únicamente por el enfermo.⁶⁹

Un elemento importante es la observación objetiva y no la interpretación personal en relación con el paciente, para no distorsionar la realidad de los que está sucediendo.⁷⁰

El objetivo de la **exploración física** se concentra en:

- ° Mayor definición de la respuesta del paciente al proceso de la enfermedad, especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.
- ° Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería
- ° Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier interacción entre profesional de enfermería y cliente.⁷¹

Durante la exploración, se utilizan cuatro técnicas concretas: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de las constantes vitales y somatometría.

Inspección: consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel.

Palpación: es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, es decir con las yemas de los dedos; para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos.

Percusión: es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y forma de los órganos, la presencia de

66 Idem.Pág. 228

67 Idem. Pág 228

68 Diccionario Médico. Edit. Salvat 30ª ed. 1990 México. Pág 615

69 Idem.Pág 621-622

70 Rosales B.Susana. Fundamentos de Enfermería. Edt. Manual Moderno. México 2004. Pág 228

71 Rodríguez Op.Cit. Pág. 44

líquidos, aire o algún sólido.

Auscultación: es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.⁷²

Existen determinadas variables que afectan a su capacidad para recolectar datos. Algunas de ellas son factores ambientales, técnicas de recolección de datos y la comunicación verbal y no verbal.⁷³

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se este seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario familia y otros integrantes del equipo de salud.

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.⁷⁴

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

Recomendaciones para el registro de información:

- 1.-cumplir con las normas del centro de trabajo en cuanto a registros
- 2.-evitar juicios de valor
- 3.-escribir textualmente lo que el usuario expresa entrecomillado
- 4.-acompañar las inferencias con las evidencia respectivas
- 5.-señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta
- 6.-procurar que la información sea importante y relevante
- 7.-realizar anotaciones claras, concisas y completas.

⁷² Idem . Pág 44.

⁷³ Iyer Op.cit.52-60

⁷⁴ Rodríguez OpCit. Pág 46

- 8.-escribir con letra clara y tinta indeleble, trazar una línea sobre los errores
- 9.-evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la incrimine
- 10.-cuidar ortografía y evitar abreviaturas
- 11.-anotar siempre fecha y hora⁷⁵

2.7 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

*Es la segunda etapa del proceso y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes.*⁷⁶

*El diagnóstico de enfermería: es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos. El diagnóstico se deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, que una vez investigados, conduce a tomar decisiones.*⁷⁷

Los diagnósticos de enfermería están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.⁷⁸

Pasos.

Razonamiento diagnóstico: es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias, para finalmente concluir en un juicio clínico.⁷⁹

Formulación de diagnósticos enfermeros: es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una

⁷⁵ Idem Pág 48

⁷⁶ Rodríguez. Op.Cit. Pág 51

⁷⁷ Rosales .Op. Cit. Pág 243

⁷⁸ Rodríguez Op. Cit. Pág 55

persona familia o comunidad a procesos vitales y problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente. ⁸⁰

Problemas inter dependientes: es un juicio sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los problemas inter dependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.⁸¹

Validación: consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas inter dependientes. Durante la validación la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que este en lo cierto.⁸²

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas inter dependientes: una vez validados los diagnósticos de enfermería y problemas inter dependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.⁸³

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ⁽⁸⁴⁾

TIPO	DEFINICIÓN
REALES	<i>Respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad, y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos); además de tener factores relacionados. v.,gr . Déficit de autocuidado: baño, higiene.</i>
DE RIESGO O POTENCIAL	<i>Respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología). v.gr. Riesgo de infección.</i>

79 Idem Pág 51

80 Idem Pág 55

81 Idem Pág 69

82 Idem Pág 71

83 Idem Pág 71

84 Phaneuf Op.cit . Pág. 147

DE SALUD	<i>Diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. v,gr. Potencial de mejora en el afrontamiento familiar inefectivo comprometido.</i>
POSIBLE	<i>Son enunciados que describen un problema que se sospecha, pero aún no se puede validar a falta de datos suficientes. por ejemplo, Posible transtorno de la autoestima</i>

PROBLEMAS INTER DEPENDIENTES Reales: cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema real. V, gr. Hipertensión arterial. De **riesgo** es cuando existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas. v,gr. riesgo de infección. Hay que tener presente que los problemas inter dependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y deben redactarse con terminología médica. v,gr. insuficiencia respiratoria.⁸⁵

ESTRUCTURACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Utilizar el nombre correspondientes a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A., previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.⁸⁶

Ejemplo: ⁸⁷

<i>Factores relacionados y características definitorias</i>	<i>Deducción</i>	<i>Respuesta humana</i>
dificultad para realizar movimiento	el usuario tiene problemas con el aseo personal	Déficit de autocuidado vestido acicalamiento.

⁸⁵ Rodríguez Op. cit. 51-59

⁸⁶ Rodríguez Op.Cit. Pág 59

⁸⁷ Idem Pág 60

En el caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato en tres partes:

Problema+factores relacionados+datos subjetivo y objetivos.⁸⁸

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.⁸⁹

Ejemplo: Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento; RELACIONADO CON: la
(respuesta humana/categoría diagnóstica)

Problemas en la movilidad y fuerza física MANIFESTADO POR dificultad para quitarse la ropa,
(causa/etiología) desvestirse y desaliño.⁹⁰

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes:

Problema+factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Ejemplo: Riesgo de infección, RELACIONADO CON: enfermedad crónica y desnutrición
Problema (respuesta humana/categoría diagnóstica) ⁹¹.

2.8 PLANEACIÓN

CONCEPTO

Consiste en establecer un plan de acción prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, es pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida.⁹²

Las intervenciones de enfermería dependen de las características del diagnóstico, del resultado

⁸⁸ Idem Pág 60

⁸⁹ Idem Pág 51

⁹⁰ Idem Pág 60

⁹¹ Rodríguez. Op. Cit . Pág. 59-61

⁹² Phaneuf. Op. Cit . Pág 182

deseado por el paciente, viabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a la planificación; esta fase del proceso de enfermería es el acto de determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudará a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.⁹³

Pasos:

Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos de enfermería y problemas inter dependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas.⁹⁴

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.⁹⁵

Elaborar objetivos: Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado.⁹⁶

Un objetivo es parte de la proyección de una intención que se expresa mediante la descripción del comportamiento que se espera o de un resultado que se desea obtener después de haber empleado una serie de medios.⁹⁷

Características de un objetivo:

- 1.-la formulación debe ser simple, clara y concisa.
- 2.-el objetivo debe ser propio de un sujeto, bien la persona cuidada, bien de su familia.
- 3.-debe evolucionar con la situación.
- 4.-su formulación supone una sola acción o una sola condición cada vez
- 5.-su formulación incluye la mayoría de las veces un verbo de acción.
- 6.-puede afectar diferentes campos: psico motor, afectivo, cognitivo
- 7.-debe relacionarse con la parte problema del diagnóstico enfermero.

93 Idem Pág 182

94 Rodríguez Op.Cit. pág 73

95 Idem Pág 74

96 Idem Pág 75

- 8.-las acciones propuestas deben ser realistas, teniendo en cuenta el estado de la persona y el pronóstico.
- 9.-debe proporcionar indicaciones precisas sobre la acción que hay que emprender o el estado que hay que alcanzar (¿quién?, ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿en que medida?)
- 10.-debe determinarse, en la medida de lo posible, de común acuerdo con la persona.
- 11.-debe inscribirse en la lógica de los otros componentes del plan de cuidados: diagnósticos de enfermería e intervenciones.
- 12.-la formulación debe indicar un plazo preciso para la consecución del objetivo.
- 13.-el objetivo debe incluir, en algunos casos, un pronóstico, que proporciona indicaciones sobre la probabilidad de alcanzarlo.⁹⁸

Determinar acciones de enfermería: Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminados a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud en el diagnóstico enfermero o problema inter dependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.⁹⁹

Documentar plan de cuidados: es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: 1) individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema inter dependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; 2) estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicas, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario; 3) y los computarizados, que surgen de planes creados por ordenador, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.¹⁰⁰

97 Phaneuf Op. Cit. 187

98 Phaneuf. Op. Cit. Pág 187

99 Rodríguez Op. Cit. Pág 82

100 Rodríguez. Op. Cit. Pág 86

2.9 EJECUCIÓN

CONCEPTO:

Esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayuden al cliente a conseguir los objetivos deseados. 101

Es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.102

PASOS

Preparación: se debe revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención, haciéndose necesaria la revaloración. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.

Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los 4 puntos clave: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta. 103

Intervención: después de la fase de preparación se llevan a cabo las intervenciones de enfermería independientes e inter dependientes planeadas, que incluyen: la valoración, la presentación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de salud. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.104

Intervenciones independientes: son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son

101 Iyer. Op. Cit. Pág. 224

102 Rosales. Op. Cit. Pág 252

103 Iyer .Opcit. Pág 187

104 Idem. Pag 187

las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.¹⁰⁵

Intervenciones inter dependientes: definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones puede suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.¹⁰⁶

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

Las intervenciones deben:

- 1) Basarse en principios científicos de cuidados enfermeros, de fisiopatología, de psicología, de sociología.
- 2) Individualizarse
- 3) formularse de manera concisa, simple y concreta
- 4) armonizarse con el diagnóstico enfermero y el objetivo
- 5) afectar a la parte problema y/o a la parte causa del diagnóstico enfermero
- 6) responder a las preguntas ¿¿qué?, ¿¿cuándo?, ¿ ¿dónde?, ¿ ¿en qué medida?, ¿¿quién?
- 7) buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.
- 8) Considerarse como el equivalente de la prescripción médica y estar firmadas, favorecer la participación de la persona, la relación de ayuda y la enseñanza.

Documentación: es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Para mantener informados a otros profesionales del área sobre los cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados, respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados. ¹⁰⁷

Requisitos universales de los registros de enfermería: fecha, hora, datos de la valoración,

¹⁰⁵ Idem Pág 187

¹⁰⁶ Idem . Pág 187

*intervenciones de enfermería, resultados obtenidos y nombre/firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.*¹⁰⁸

2.10 EVALUACIÓN

CONCEPTO

Es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo en los objetivos. Al medir el progreso realizado, la enfermera puede darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones.¹⁰⁹

FINALIDAD DE LA EVALUACIÓN

Es asegurar unos cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones a la vista de los resultados. No sólo permite emitir un juicio sobre la consecución de un objetivo, sino sobre todo ir mejorando constantemente. Para ofrecer cuidados de calidad, hay que evaluarlos, es decir, tratar de ver dónde están los fallos y buscar los medios para conseguirlos.¹¹⁰

Finalidad de la evaluación:

- a) Verificar la consecución de los objetivos
- b) Tratar de averiguar lo que podría mejorarse
- c) Rectificar el curso de la acción
- d) Asegurar unos cuidados de calidad.¹¹¹

¿QUÉ EVALUAR?

Aunque el objetivo siga siendo el primer elemento que hay que evaluar, no es el único. También es importante evaluar la satisfacción de la persona.

La evaluación de la satisfacción de la persona: como el objetivo se refiere en primer lugar a la persona, lo normal es consultarla para averiguar si se ha alcanzado los resultados esperados.

Esta consulta se efectúa simplemente haciendo algunas preguntas como: ¿usted estaba ansiosa?, ¿cómo se siente ahora? Estas preguntas permiten no sólo juzgar si el objetivo se ha conseguido, sino

¹⁰⁷ Rodríguez Op.Cit. pág 90

¹⁰⁸ Idem Pág. 90

¹⁰⁹ Phaneuf. Op. Cit .Pág.234

¹¹⁰ Idem Pág 234

también decidir el curso de futuras actuaciones, es decir, ver si el objetivo se debe conservar tal cual, o hay que modificar o reemplazarlo. Sirven en suma para poner al día el plan de cuidados.¹¹²

Elementos de la evaluación

- 1.- La consecución del objetivo o los resultados obtenidos.
- 2.- El conjunto del proceso seguido
- 3.- La satisfacción de la persona. ¹¹³

¿CÓMO EVALUAR?

La enfermera procede a la evaluación observando, el comportamiento de la persona, (por ejemplo, ver si tiene buen apetito) charlando con ella y a veces consultando la historia clínica.

Fuentes de la evaluación:

- a) La observación del comportamiento de la persona
- b) La entrevista con la persona
- c) La consulta de la historia clínica.¹¹⁴

¿CUÁNDO EVALUAR?

El plazo no siempre significa que se crea haber alcanzado el objetivo en este momento, puede significar que este momento se considera adecuado para emitir un juicio sobre la situación. Por consiguiente, si el objetivo no se ha alcanzado, no hay que considerar esto como un fracaso. En este caso, como en todos aquellos en los que los resultados se hacen esperar, lo que hay que hacer simplemente es mantener el objetivo en el plan de cuidados.¹¹⁵

111 Idem Pág. 234

112 Idem Pág 237

113 Idem pág 236-238

114 Idem.Pág. 238

LA EVALUACIÓN SE PUEDE HACER EN CUALQUIER MOMENTO

La evaluación es la última etapa del proceso de cuidados, pero sin embargo no constituye una etapa aparte. La evaluación de un objetivo se superpone a veces a la recogida de datos o a la planificación de otro objetivo. **El proceso es algo dinámico y en continuo cambio.**¹¹⁶

115 Idem. Pág.238

116 Idem Pág.239.

3. LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

3.1 ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri. Henderson estudió en Virginia, ya que su padre ejercía abogacía en Washington DC. Durante la primera guerra mundial despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así en 1918 ingreso a la escuela de enfermería el ejército en Washington DC. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.¹¹⁷

En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Proestant Hospital de Virginia, cinco años más tarde ingreso en Teachers College de la universidad de Columbia, donde consiguió títulos en la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora.¹¹⁸

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de enfermería en todo el mundo.¹¹⁹

117 Marriner Op.Cit:Pág 98

118 Idem . Pág 98

119 Idem.. Pág. 99-100

3.2 EL METAPARADIGMA DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El metaparadigma describe los principales conceptos que hace referencia el tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Hay un consenso general de que el metaparadigma de la enfermería consta de los conceptos centrales de persona, entorno, salud y enfermería.¹²⁰

ENFERMERÍA

La función única de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación / o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.⁽¹²¹⁾

SALUD

Vista en términos de un individuo para llevar a cabo los 14 componentes de los cuidados de enfermería sin ser asistido. La salud es una cualidad básica para el funcionamiento humano y exige independencia. Es la calidad de vida más que la vida misma lo que permite a las personas trabajar de forma más eficaz y alcanzar su más alto nivel posible de satisfacción. Los individuos conseguirán o conservarán la salud si tienen, la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios.¹²²

ENTORNO

Utilizó la definición del Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que definía el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.¹²³

PERSONA (PACIENTE)

Individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.¹²⁴

120 Marriner. Op. Cit. Pág. 6

121 Marriner Op.cit. Pág. 101

122 Kozier Barbara. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Vol. 1. Edit. Interamericana. 4ª ed. México 1999. Pág. 51

123 Mariner Op.cit. Pág 101.

3.3 NECESIDADES BÁSICAS

Las necesidades tal y como las reconoce Virginia Henderson, se relacionan con las principales dimensiones del ser humano. Así las, necesidades de respirar, eliminar, moverse, etc, están relacionadas con la dimensión física de la persona; las necesidades de evitar peligros y de comunicarse están vinculadas a su dimensión afectiva y social (sus relaciones); la necesidad de vivir según sus propios valores, a su dimensión espiritual; y la necesidad de aprender, a su dimensión intelectual.¹²⁵

NECESIDADES ⁽¹²⁶⁾	
<i>1. Necesidad de oxigenación</i>	<i>8. Necesidad de Higiene y protección de la piel</i>
<i>2. Necesidad de Nutrición e hidratación</i>	<i>9. Necesidad Evitar peligros</i>
<i>3. Necesidad de eliminación</i>	<i>10. Necesidad de Comunicarse</i>
<i>4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura</i>	<i>11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores</i>
<i>5. Necesidad de Descanso y sueño</i>	<i>12. Necesidades de Trabajar y realizarse</i>
<i>6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas</i>	<i>13. Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas</i>
<i>7. Necesidad de Termorregulación</i>	<i>14. Necesidad de Aprendizaje.</i>

3.4 CAUSAS DE DIFICULTAD

Cuando una persona no puede satisfacer convenientemente sus necesidades por sí misma, hay que preguntarse por la causa de esta incapacidad. En este modelo, las causas de perturbación en la satisfacción de una necesidad y de la dependencia que ellas ocasionan se llaman **causas de dificultad**.¹²⁷

124 Marriner. Op. Cit. Pág 101

125 Phaneuf Op.Cit. Pág 13

126 Idem. Pág 13-14

127 Phaneuf. Op. Cit . Pág 14

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. 128

Son de diversos órdenes:

Falta de fuerza: incapacidad física o habilidades mecánicas de la persona, para llevar a término acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado, por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, etc.¹²⁹

Falta de voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.¹³⁰

Falta de conocimiento: lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.¹³¹

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor:

- a) la enfermera como sustituta del paciente;*
- b) la enfermera como ayudante del paciente y,*
- c) la enfermera como compañera del paciente.*¹³²

En los casos de los enfermos muy graves, la enfermera “es el sustituto de todo lo que el paciente necesita para sentirse **completo o independiente** y no puede conseguir por la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento”.

Independencia: consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por sí misma

128 Marriner. Op.Cit.pág. 51
129 Phaneuf Op.Cit.Pág Pág 15
130 Idem Pág. 15
131 Idem Pág 15
132 Marriner .Op. Cit. Pág. 19

algunas acciones sin ayuda ajena.¹³³

Dependencia: incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de necesidades.¹³⁴

Durante las situaciones de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir su independencia o a recuperarla. Henderson afirmó: La independencia es un término relativo. Todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza. Como colaboradores, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados. Independientemente del diagnóstico, existen necesidades básicas, pero éstas pueden variar según la patología y según las características como la edad, el carácter, el estado anímico, la clase social o el nivel cultural y las capacidades físicas e intelectuales. La enfermera no debe valorar sólo las necesidades del paciente; también debe considerar las características y los estados patológicos que las modifican.¹³⁵

133 Phaneuf. Op. Cit . Pág.13- 15

134 Idem. Pág 15

2ª PARTE

APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

4. CONTEXTO DONDE SE APLICA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1 BREVES ANTECEDENTES DEL ISSSTE

El ISSSTE fue creado por decreto presidencial el 30 de diciembre de 1959, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio, este último conformado, por las aportaciones que los trabajadores hacen quincenalmente.

Atiende a más de 2 millones de trabajadores y a más de 4 derechohabientes por trabajador, siendo más de 10 millones de mexicanos los beneficiados. Recientemente ha cumplido 45 años de brindar servicios a la población. Con esto el ISSSTE contribuye a mejorar los niveles de bienestar integral de los trabajadores otorgando servicios de salud oportunos.¹³⁶

4.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE

1990 En el mes de enero, se nombro director al doctor Rafael González Iñiguez, durante su administración se llevaron acabo modificaciones en el organigrama, la anteriormente llamada jefatura de enfermeras fue denominada cordinación de los servicios de Enfermería¹³⁷

1991 A partir del mes de abril, el doctor Victo Manuel Reyes López, ocupo la dirección de este hospital. Hasta el 15 de mayo de 1993 en que se le asigno el campo de subdirector de hospitales regionales y generales del ISSSTE a nivel nacional.¹³⁸

135 Marriner. Op. Cit . Pág 102-103

136 <http://www.issste.gob.mx/issste>

137 Archivo Histórico del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE 2000.

138 Idem Archivo ISSSTE

1993 El 20 de mayo recibe el cargo de director de esta unidad el doctor Alberto Velarde Carrillo como subdirector medico el doctor Miguel Alcala Valderrama y como coordinadora de los servicios de enfermería E.E. Leonila Galicia Martínez.¹³⁹

1994 Se inicia ña remodelación del área del 5 ° piso en el cual se construyen 4 salas quirúrgicas destinadas para cirugía laparoscopica. Dando inicio su funcionamiento el 13 de marzo de 1995 con las especialidades de urología, gineco-obstetricia, cirugía general y ortopedia.¹⁴⁰

1995 En febrero es designado director de la unidad el doctor Daniel Angelino de León López. A partir del 1° de junio recibe el cargo de coordinadora de los servicios de enfermería la E.E.M.C. Eva Guadalupe de Jesús León Allende.¹⁴¹

1996 Se intensifican las acciones a favor de la lactancia materna se erradican biberones y se inicia la alimentación con vaso graduado para recién nacido, y vaso entrenador para pacientes pediátricos solo en caso necesario así mismo se erradican algunas prácticas como: la separación de la madre y el niño durante la estancia hospitalaria, ayunos prolongados, horarios rígidos de alimentación entre otros.¹⁴²

1997 Por iniciativa de la Delegación Oriente se develo el monumento a la enfermera, el día 9 de enero, por el Licenciado Manuel Aguilera Gómez, Director General del ISSSTE, siendo Delegado de la zona Oriente el Lic. Luis Dorantes Segovia, continuando al frente de la digresión del hospital el doctor alcala y en la subdirección El doctor Alberto Trejo González.¹⁴³

1998 El 7 de enero, toma posesión de la dirección el doctor Victor Reyes López, la licenciada Isabel Alemán Ortega es designada subdirectora Administrativa y la doctora Rebeca Hernández Luna como subdirectora medica.¹⁴⁴

139 Idem Archivo ISSSTE
140 Idem Archivo ISSSTE
141 Idem Archivo ISSSTE
142 Idem Archivo ISSSTE
143 Idem Archivo ISSSTE
144 Idem Archivo ISSSTE

1999 En marzo se lleva a cabo la primera verbena de la salud, para la promoción de los servicios de salud y sociales que el hospital brinda, se ofreció orientación a la población asistente en tópicos como: planificación familiar, detección de cáncer cervicouterino y mamario, sida, lactancia materna, hidratación oral, higiene personal, de la vivienda y ambiental, detección y prevención de enfermedades crónicas degenerativas y adicciones, estimulación temprana.¹⁴⁵

2000 Este año marca una etapa muy importante para el hospital, ya que en septiembre de estos años se obtiene la certificación como hospital de calidad, con la más alta puntuación de la República Mexicana, por lo que se certifica con grado de excelencia. El 25 de octubre se evalúan los 28 pasos del programa Hospital Amigo del Niño y la Madre, obteniendo la recertificación con grado de excelencia. Cabe mencionar que la primera certificación fue a través de la evaluación de los 10 pasos.¹⁴⁶

2001 Continúa como director el doctor Granja Posada, la licenciada Rosa Leiva como subdirectora administrativa y como coordinadora de los servicios de enfermería la enfermera Eva León Allende. La licenciada enfermera Lourdes Ramos Hernández es designada coordinadora hospitalaria en trasplantes, y en este mismo mes inicia el programa de donación de órganos y tejidos. En agosto se lleva a cabo la remodelación de la unidad de terapia intensiva de adultos e inhaloterapia, terminan los trabajos en octubre.¹⁴⁷

2002 Se establece el modelo familiar preventivo, el sistema quirúrgico de resolución rápida a través de cirugía ambulatoria, sin hospitalización se crean polos de especialidad, para garantizar la accesibilidad, la equidad, oportunidad, eficiencia y calidad de la atención, se fortalecen los servicios de urgencias, se instaura el sistema para el control de la regulación de abasto de medicamentos e insumos para la atención de la salud (SICORA). Se continúa con el programa de estímulos a la productividad y calidad a favor del personal de enfermería, así como a las 28 acciones que componen el programa Hospital Amigo del Niño y la Madre. El 8 de noviembre se efectúa el primer trasplante de corneas.¹⁴⁸

145 Idem Archivo ISSSTE

146 Idem Archivo ISSSTE

147 Idem Archivo ISSSTE

148 Idem Archivo ISSSTE

4.3 IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO

NOMBRE: Unidad de Cuidados Intensivos **UBICACIÓN:** Segundo piso de la torre de hospitalización, bloque B.

CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA, PLANTA FÍSICA: La Unidad de Cuidados Intensivos tiene forma rectangular y cuenta con una capacidad de 12 cubículos individuales, contando con adecuada iluminación y ventilación, anaquel para medicamentos, control de enfermeras y médicos, 1 área de cómputo, 3 cuartos para descanso, cuarto séptico, área para preparación de soluciones, baño general para pacientes y salida de emergencia distribuida de la siguiente manera.¹⁴⁹

En la entrada al servicio del lado izquierdo se encuentra la oficina del jefe de servicio, antesala con lavabo, puerta para la entrada del personal, un pasillo hacia el lado izquierdo que conduce a la unidad de hemodiálisis, sala de quirófano para pacientes sépticos y dos sanitarios para el personal de enfermería; en forma lineal un pasillo para el paso de visita familiar.¹⁵⁰

De es mismo lado izquierdo los cubículos del 201 al 204 que se utilizan como aislamientos, enseguida está la salida de emergencia , un descanso para médicos residentes con baño completo, al frente se encuentra el área de cómputo para médicos, cubículos 205 al 208 y al fondo el baño general de pacientes, en el ala derecha están el cuarto séptico y los cubículos del 209 al 212 con pasillo lateral para el paso de visita, enseguida se encuentra cuarto de descanso de médicos adscritos, en el área posterior izquierda a derecha; la utilería y descanso de enfermería, y un medio baño para uso del personal de enfermería;cubículo para la preparación de soluciones, al centro se encuentran anaqueles para distribución de medicamentos, soluciones, ropa y una central de monitoreo, a su alrededor la central de enfermeras.¹⁵¹

ESTADÍSTICA GENERAL ⁽¹⁵²⁾			
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN			83%
PROMEDIO	DIARIO	DE	10 pacientes

149 E.E.M.C. Cristina Gómez Juárez. Diagnóstico situacional del servicio de unidad de cuidados intensivos adulto. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE. Diciembre 2004

150 Idem Diagnóstico situacional

151 Idem Diagnóstico situacional

152 E.E.M.C. Angeles Ávila Davalos. Censo de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto ISSSTE Zaragoza. Enero – Octubre 2004.

PACIENTES	
PROMEDIO DIA ESTANCIA	11 días
TASA DE MORTALIDAD	23 %

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD 153

MORBILIDAD

1. Infarto agudo al miocardio
2. PO craneotomía
3. Estado hiperosmolar
4. Bloqueo auriculo-ventricular
5. Choque hipovolémico
6. Preeclamsia
7. Pancreatitis
8. Sepsis
9. Síndrome de HELLP
10. Trastornos del ritmo.

MORTALIDAD

1. Choque cardiogénico
2. Choque séptico
3. Enfermedad vascular cerebral hemorrágica
4. Acidosis metabólica
5. Trastornos del ritmo
6. Traumatismo craneoencefálico
7. Insuficiencia renal
8. Falla orgánica múltiple
9. Choque mixto
10. Choque hipovolémico.

*PORCENTAJE DE ABASTO*¹⁵⁴

MATERIAL DE CURACIÓN	50 %
ROPA	40 %
MEDICAMENTOS	65 %

*PLANTILLA REAL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS*¹⁵⁵

Categoría	Turno Mat.	Turno Vesp.	Velada A	Velada B	Total
E..J.S.	0	1	1	1	3
E.E.	8	3	2	1	14
E.G.	1	5	4	7	17
A.E.	0	0	1	1	2
TOTAL	9	9	8	10	36

TASA DE AUSENTISMO ENFERMERIA ¹⁵⁶

TURNOS	%
Matutino	45.76 %
Vespertino	45.97 %
Nocturno	48.71 %
global	46.81 %

La tasa de ausentismo programado y no programado aumenta la carga de trabajo y disminuye la calidad de atención del derechohabiente. El desabasto de material de consumo, medicamentos y ropa retarda la atención y recuperación del usuario, incrementado el promedio de días estancia generando más gastos para la institución. El área física es adecuada para la atención de pacientes en estado crítico, no así el equipo electromédico e inmobiliario ya que es deficiente e insuficiente.¹⁵⁷

154 Idem Diagnóstico situacional

155 LEO. Eva León Allende. Rol de Jefatura del personal de Enfermería 2005, turno nocturno. ISSSTE Zaragoza.

156 Idem Rol

4.4 CASO CLINICO: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Soledad E.J. Edad: 27 años Sexo: Femenino
Estado civil: casada Lugar de origen: Estado de México.
Domicilio: Cerezos #24 Colonia La Perla Religión: católica
Escolaridad: Técnico en comercio Ocupación: el hogar y es empleada.

La paciente habita en casa propia, esta cuenta con todos los servicios intra e extradomiciliarios básicos de urbanización, cuenta con 6 cuartos, donde habitan en total 4 personas, refiere hábitos higiénicos buenos, como baño diario y cambio de ropa completa, cepillado de dientes 3 veces al día, hábitos alimenticios de buena calidad y cantidad.

Es una paciente primigesta, y deseaba muchos este primer hijo, ella no padecía hipertensión

Se encuentra conciente, con cefalea tipo occipital que irradia a la región parietal, con facies de angustia y dolor, esta irritable, con fotofobia, acufenos y fosfenos, con palidez generalizada, mucosas orales poco hidratadas; mamas con turgencia y salida de secreción láctea, abdomen con herida quirúrgica limpia y seca y cubierta con vendaje abdominal; involución uterina a nivel cicatriz umbilical, sangrado trans vaginal regular cantidad, no fétido, color rojo brillante; presenta edema generalizado con predominio en miembros inferiores de gran intensidad.

4.5 NECESIDADES

4.5.1 NECESIDAD DE RESPIRAR

Presenta la paciente polipnea, tiene instalada mascarilla facial continúa al 40 %, con la finalidad de mejorar la ventilación.

Presenta discreta tos con expectoración escasa. Los ruidos respiratorios son audibles en la espiración e inspiración.

Presenta los signos vitales de tensión arterial 160/110 mm Hg, frecuencia cardiaca 100 x', temperatura 39°C y frecuencia respiratoria 25 x. Tiene llenado capilar de 4'. El oxímetro digital registra 87%.

4.5.2 BEBER Y COMER

Es una paciente posoperada de cirugía cesárea, por el momento continúa con dieta líquida tolerando la vía oral de manera adecuada.

No necesita ayuda para tomar los líquidos, refiere náusea ocasional sin llegar al vómito; su dieta indicada es hiposódica e hiperproteica.

Presenta palidez generalizada de tegumentos, mucosas orales poco hidratadas.

4.5.3. ELIMINAR

La eliminación intestinal todavía no esta presente, la eliminación urinaria si, con una tendencia a la oliguria 70mL/hora, con sonda foley.

Presenta sangrado transvaginal en moderada cantidad, sin olor fétido, color rojo brillante.

También presenta edema generalizado importante.

4.5.4 MOVERSE

Se mueve con ayuda, ya que por la herida quirúrgica no puede sola todavía, para evitar lesiones de cualquier tipo se le asiste en la movilización. Abdomen con herida quirúrgica limpia y seca, cubierta con vendaje abdominal, también tiene vendaje de miembros inferiores.

4.5.5 DORMIR Y DESCANSAR

Duerme en el día, por la noche son periodos muy cortos, aquí en el hospital. Continúa con dolor de la herida quirúrgica y cefalea. Los estímulos luminosos y ruidosos todavía afectan muchos su sensibilidad y le causan irritación, también por esta razón no pueden dormir ni descansar de manera adecuada.

4.5.6. VESTIRSE Y DESNUDARSE

Usa la ropa de hospital en este momento si puede vestirse sola; solo cuando necesita incorporarse se le ayuda. Cada vez que es necesario se le cambia bata por la salida de leche, que moja la ropa, así como cambio de la toalla sanitaria por la presencia de loquios.

4.5.7. MANTENER TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Se mide la temperatura corporal cada hora en la U.C.I. y presenta fiebre hasta 39°C; se aplican medios físicos para el control de la misma, pero también medios químicos porque es muy recurrente la fiebre, no ceden con facilidad. También se le apoya se le enseña la técnica para la extracción de leche de modo manual, para evitar otro tipo de complicaciones, la mastitis.

4.5.8. ESTAR LIMPIO Y ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS

Se le brinda baño de esponja, por la mañana, lubricando piel, con cambio de ropa de cama y a la paciente; también se asea la unidad de manera continúa. También se realiza curación de la herida quirúrgica se cubre y aplica vendaje abdominal.

4.5.9. EVITAR PELIGROS

En este momento salida de loquios es normal, no hay evidencia de sangrados, el color y olor son de características normales.

La ingurgitación mamaria no representa peligro ya que, le he asistido en la enseñanza de la técnica de extracción de leche, con salida de leche escasa, así como aplicación de frío para disminuir las molestias y dolor.

Esta tranquila por la separación de su bebe, ya que ella no esperaba esta situación, pero coopera y pide información que la hace sentirse más segura.

4.5.10 COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES

No tiene problema en sentido, su comunicación hacia el exterior en buena, ya que se comunica con su familia en la hora de visita, habla con todo el personal de manera continua durante el turno.

En algunas ocasiones tiene periodos de irritabilidad por la cefalea, el dolor, el ambiente hospitalario y desea no hablar con nadie, en esos momentos se le apoya disminuyendo todo tipo de estímulos al mínimo.

4.5.11 ACTUAR SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Conforme su religión que es católica, solicito tener una imagen de la virgen de Guadalupe en su cabecera, no tiene ninguna restricción en ese aspecto.

Ella no esperaba en ningún momento un proceso como el que le sucedió, no planeo cesarea, ni la separación de su bebe, comenta que reza mucho por su bebe y su salud, para que todo se solucione bien. Refiere que siente en ocasiones coraje ya que ella no estaba enferma, y teme se repita esta enfermedad.

4.5.12 PREOCUPARSE DE LA PROPIA OCUPACIÓN y REALIZACIÓN

La paciente trabaja y es dinámica, coopera para recuperación, así como su familia y desea recuperarse para integrarse a su ambiente laboral. Comenta la paciente que ya tiene preparado en su casa todo lo que necesita para su bebe. Ahora que se ve con una cicatriz que no esperaba y que fue la cesárea, piensa que eso le complica sus planes, ya que aparte de cuidar a su bebe se tiene que cuidar ella también, hasta lograr su recuperación.

4.5.13 DISTRAERSE

En este momento solo puede oír música, de manera ocasional, también sus familiares le leen e informan del mundo exterior.

4.5.14 APRENDER

Externa que necesita aprender, respecto a los cuidados del recién nacido, y control médico vacunas y los cuidados que ella debe tener cuando egrese, higiene, sexualidad, alimentación.

Con el apoyo de trípticos ha comprendido algo de la información que ella necesitaba, respecto a la cuidado del recién nacido y de ella. También piensa que la información se debe dar a su familia, para que en algún momento la puedan apoyarla.

5 DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

1.- NECESIDAD RESPIRAR

Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz y deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con el dolor de herida quirúrgica, manifestado por polipnea y disnea discreta.

Objetivo: mantener una frecuencia respiratoria normal y mejorar la ventilación en un periodo de 3 horas.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Instalar mascarilla facial continua y vigilar cada 2 horas.	La concentración de oxígeno en mascarilla ventury, es aproximadamente de 35 a 40 %.(158)	Presenta mejoría en cuanto a la frecuencia respiratoria llega a tener 20 por minuto.
Vigilar frecuencia respiratoria y la presencia de disnea.	El contacto directo del oxígeno con los ojos y la piel causa irritación. (159)	
Dar posición semifowler.	La posición semifowler favorece la mejor expansión de los pulmones y oxigenación de los tejidos. (160)	

158 Rosales B.Susana. Fundamentos de la Enfermería. Edit. Manual Moderno.2ª. ed. 2002. México. Pág. 409

159 Idem. Pág. 410

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la perfusión hística periférica relacionada con edema generalizado que presenta, manifestada por cifras de presión arterial elevadas, 160/110 mm Hg.

Objetivo: controlar la presión sanguínea a unas cifras de 120 /80mm Hg, en un periodo máximo de 8 horas, para minimizar las complicaciones de la hipertensión arterial.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<p>Comprobar que la paciente permanece en reposo y que sea molestada lo menos posible.</p> <p>Administración de antihipertensivo prescrito: hidralacina 50 mg V.O. cada 6 horas.</p>	<p>El reposo adecuado facilita la relajación y puede ser útil para disminuir la hipertensión. (161)</p> <p>Produce efecto vasodilatador periférico, al relajar la musculatura lisa en los vasos de resistencia, sobre todo en la arteriola. (162)</p>	<p>La presión sanguínea se mantiene en unas cifras de 130/90 mmHg, la paciente se muestra un poco más tranquila y ha logrado descansar mas.</p>

160 Idem. Pág. 410

161 Carpenito J. Lynda. Diagnóstico de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Interamericana, 9ª ed. España 2003. Pág 805.

2.- NECESIDAD DE BEBER Y COMER

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de alteración de la nutrición por defecto, relacionado con el aumento de las necesidades de proteínas y vitaminas, para la cicatrización de herida quirúrgica.

Objetivo: proporcionar los nutrientes necesarios para recuperar la salud y prevenir complicaciones.

Cuidados de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Brindar dieta hiperproteica e hiposódica, en un ambiente agradable.	Los requerimientos de ciertos nutrientes pueden aumentar durante algunos procesos de enfermedad o necesidad de reparación tisular extensa.(163) Las proteínas son esenciales para la construcción, conservación y reparación de todos los tejidos del organismo. (164)	La paciente acepta y tolera su dieta, no tiene conflicto, le agrada y expresa de manera verbal que esta conciente que le va a ayudar para su recuperación.

162 Diccionario de Especialidades Farmaceuticas 2004.Pág 139

163 Nordmark/Rohweder. Bases científicas de la enfermería. Edit.Manual Moderno. 2ª ed. México 2002. Pág129.

164 Idem. Pág. 133

3.- NECESIDAD DE ELIMINAR

Diagnósticos de Enfermería:

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con infección del tracto urinario; manifestado por disuria y oliguria.

Objetivo: Reducir el proceso infeccioso de las vías urinarias y las molestias físicas de este proceso, durante la hospitalización así como sus complicaciones.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de retención de volumen de líquidos, relacionado con el compromiso de los mecanismos reguladores.

Objetivo: Disminuir el edema.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de estreñimiento, relacionado con la disminución de la motilidad del tracto intestinal.

Objetivo: Regularizar su patrón de eliminación cotidiano, en un periodo de 10 horas.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Vigilar estado de la paciente, la presencia de disuria, fiebre, oliguria. Medición de uresis	El uso prolongado de la sonda vesical, propicia bacteriuria e incrementa el riesgo de infección. La incidencia es aproximadamente 5 % por cada día de permanencia de la sonda vesical. (165)	Ha disminuido la presencia de disuria. La temperatura se mantiene entre 37.5 y 39°C.
Administración de antiséptico urinario indicado: fenazopiridina 100 mg V.O. cada 8 horas	La fenazopiridina es un acidificantes/antiséptico de orina y analgésico auxiliar en el tratamiento de la infección de vías urinarias. (166)	Acepta ministración del medicamento.

165 Rosales B.Susana. Fundamentos de la Enfermería. Edit. Manual Moderno.2ª. ed. 2002. México. Pág. 334.

166 Diccionario de Especialidades Farmaceuticas 2004. Pág. 1799

167 Carpenito. Op. Cit. Pág. 725

168 Carpenito. Op. Cit. Pág 355

<p>Enseñar a alternar los periodos de reposo en posición horizontal con las piernas elevadas.</p>	<p>El edema inhibe el flujo sanguíneo hacia los tejidos, provocando una mala nutrición celular y una mayor vulnerabilidad a lesiones. (167)</p>	<p>Observe la disminución del edema de modo importante. Continúo las medidas de posición para mejorar el bienestar de la paciente, y ella coopera.</p>
<p>Brindar dieta rica en fibra y líquidos permitidos.</p>	<p>Un hábito intestinal se mantiene mediante el aporte diario de fibra. (168)</p>	<p>Con la dieta y los líquidos permitidos, logro evacuar la paciente, continúo con las medidas necesarias para evitar el estreñimiento.</p>

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

Diagnósticos de Enfermería: Deterioro de la movilidad física, relacionado con el dolor, malestar y aplicación del vendaje abdominal

Objetivo: Propiciar bienestar, aliviando el dolor y proporcionar movilidad pasiva permitida. Disminuir el dolor de la paciente en periodo de 2 horas.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Proporcionar alivio a la paciente mediante la administración del analgésico indicado. Clorhidrato de lisina 100 mg I.V. cada 8 horas.	Impide la forma directa de sensibilización de los receptores dolorosos periféricos. (169)	El dolor disminuye en un 90 % refiere la paciente, posterior a la ministración del analgésico.
Colocación de vendaje abdominal.	Las manipulaciones sistemáticas de los tejidos corporales con propósitos terapéuticos evitan la presencia de complicaciones circulatorias, y musculares. (170)	El cambio de posición y los masajes le han ayudado a la paciente a sentir un mejor bienestar, ya que el vendaje abdominal es necesario en este momento.
Realizar masajes	El masaje favorece el metabolismo tisular, incrementa el riego sanguíneo periférico y elimina el exceso de líquido. (171)	

169 Diccionario de Especialidades Farmaceuticas 2004.Pág. 798
170 Rosales. Op.Cit. pág 441

5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro del patrón de sueño, relacionado con el ambiente extraño y ruidoso del hospital, manifestado por insomnio, y dificultad para conciliar el sueño y periodos muy cortos de sueño.

Objetivo: Favorecer el sueño y lograr que duerma un período mínimo de 4 horas seguidas.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Registro estricto de tiempo de sueño y vigilia	Las necesidades de sueño varían notablemente en cada individuo. ⁽¹⁷²⁾	La paciente logro dormir solo 2 horas seguidas, ya que por su estado físico no era posible no despertarla, para realizar algún procedimiento necesario, aunque el monitor da
Planear los procedimientos y evitar los que sean innecesarios durante el periodo del sueño.	El sueño es difícil sin relajación, el ambiente extraño del hospital puede dificultar la relajación y por ende el sueño y descanso. ⁽¹⁷³⁾	todos signos vitales.
Propiciar un ambiente sedante.	Los investigadores han mencionado que los principales impedimentos para el sueño en los clientes de las unidades de cuidados intensivos son: el ruido, el dolor, el estado físico, los procedimientos de enfermería y las luces. ⁽¹⁷⁴⁾	

171 Idem. Pág. 441

172 Carpenito J. Lynda. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica. Ed. Mac. Graw. Hill. 9ª ed. España 2003. Pág 661

173 Idem. Pág. 661.

174 Idem. Pág. 661

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE

Diagnóstico de Enfermería: Incapacidad parcial para vestirse y acicalarse por sí misma, relacionado con el dolor de herida quirúrgica, la presencia de entuertos, la solución intravenosa ,manifestado por incomodidad, inseguridad y vergüenza.

Objetivo: Proporcionar seguridad a la paciente, y la ayuda necesaria para que pueda vestirse por sí misma.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Proporcionar intimidad y la ayuda necesaria, durante el acto del vestido y acicalamiento.	Un acicalamiento personal óptimo favorece el bienestar. (175)	La paciente si coopera y puede vestirse sola, aunque si necesita ayuda todavía en este momento, por la presencia del dolor y del cateter intravenoso.

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionado con la presencia de la herida quirúrgica, la infección de vías urinarias.

Objetivo: Controlar la temperatura corporal dentro de los límites normales y evitar complicaciones.

Cuidados de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
To,a y registro de temperatura corporal. Ministrar antipirético prescrito: metamizol 1 gramo I.V cada 8 horas.PRN	El metamizol desarrolla acción antitérmica por influencia sobre el centro termorregulador del hipotálamo favoreciendo la termólisis a través de los mecanismos de irradiación, convección y evaporación. (176)	La temperatura corporal se ha mantenido entre 37.5 y 39°C, he aplicado medios físicos también para controlar la hipertermia, pero es intermitente, todavía en este momento.
Bajar la temperatura corporal, mediante la aplicación de medios físicos.	El calor se desprende de la superficie corporal por irradiación y conducción. (177)	

176 Diccionario de Especialidades Farmacéuticas 2004 Pág.1411
177 Nordmark/Rohweder. Op. Cit. Pág.293

8.- NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO Y ASEADO, Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del bienestar relacionado con el puerperio quirurgico, manifestado por involución uterina y la congestión mamaria.

Objetivo: brindar comodidad y ropa limpia para reducir el malestar general que padece la paciente en periodo de 4 horas.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Mantener la higiene general de la paciente, con cambio de toalla sanitaria cada vez que sea necesario, así como la bata cuando se ensucie o moje.	Las medidas higiénicas contribuyen a que las personas se sientan cómodos y descansados.(178)	La paciente se muestra cómoda y tranquila, el cambio de ropa lo realizo cada vez que es necesario.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnósticos de Enfermería: - Riesgo de infección relacionado con la intervención quirúrgica

Objetivo: Favorecer el proceso de cicatrización y evitar la presencia de un proceso infeccioso

Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con el ambiente hospitalario y la separación de su bebe, manifestada por inquietud, desconfianza hacia el personal.

Objetivo: Ayudar a la paciente a reducir la ansiedad actual. Transmitirle comprensión, empatía, presencia tranquila, contacto, y permitirle hablar si lo desea.

- **Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de alteración del vínculo entre la madre y el hijo, relacionado con la separación de ambos como resultado de la cesárea y el nacimiento prematuro del bebe

Objetivo. Ayudar a la madre, a planear el vinculo mas adecuado con su bebe.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Realizar curación de herida quirúrgica.	La sanitización reduce a un nivel de seguridad el número de contaminantes bacterianos. (179)	La herida quirúrgica se observa limpia, sin datos de infección y en proceso de cicatrización.
Explicar a la paciente el procedimiento y la forma en que puede colaborar.	La comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad y favorece la cooperación. (180)	La paciente coopera y también pregunta todas sus dudas sobre cualquier procedimiento.
Proporcionar un ambiente tranquilo, calido, sin	Las estrategias de enfermería difieren	Le hablo en todo momento a la paciente, le explico y la tranquilizo,

178 Rosales B.Susana. Fundamentos de Enfermería. Edit. Manual Moderno.3ª. ed.

2005. México. Pág 307

179 Rosales. Op. Cit. Pág. 484

180 Rosales. Op. Cit. Pág. 483

<p>estímulos (luz tenue), para disminuir la ansiedad.</p> <p>Ayudar a la madre comprender la importancia del vínculo afectivo con su hijo.</p>	<p>dependiendo del grado de ansiedad. (181)</p> <p>El vínculo se favorece mediante la visión, el contacto físico y el cuidado del lactante. (182)</p>	<p>también el ambiente tranquilo le agrada.</p> <p>La paciente expresa que puede afectarse ese vínculo con la separación por la hospitalización de ambos, sin embargo se tranquiliza ya que va a ser muy cariñosa cuando este con su bebe en su casa.</p>
--	---	---

181 Carpenito. Op.Cit. Pág. 144
182 Carpenito Op.cit. Pág. 549

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la comunicación con sus semejantes, relacionado con la irritación que presenta en periodos, por el dolor, y la hospitalización, manifestada por poca interacción con el medio.

Objetivo: Mejorar las relaciones interpersonales

Cuidados de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Demostrar interés y empeño hacia la paciente, por lo que le sucede; así como pedirle a su familia que le den confianza y apoyo para comunicarse mejor con ella.	La fe y la confianza en los demás mejora por la demostración de atención e interés por parte de ellos al bienestar del individuo. ⁽¹⁸³⁾	La paciente esta tranquila, expresa que tiene confianza, pero que cuando esta con molestias no quiere ver a nadie y ni hablar.
Promover el contacto frecuente de la paciente con las personas que le proporcionan apoyo y confianza.	La inclusión de la familia del individuo en una situación puede aumentar el nivel de seguridad y bienestar, compartiendo una responsabilidad dentro del grupo familiar. ⁽¹⁸⁴⁾	Disminuye el grado de irritación y si habla con sus familiares, ya que sabe que la apoyan en todo.

183 Nordmark/ Rohweder. Op .Cit. Pág 623

11.- NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES.

Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con la preocupación por el trabajo y el nuevo rol de madre, manifestada por actitudes y pensamientos poco positivos.

Objetivo: Disminuir el grado de ansiedad que padece la paciente, apoyándola con toda información que requiera respecto a su adaptación a su nuevo rol.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Escuchar a la paciente, respetar sus opiniones y creencias respecto a su ansiedad, así como brindarle la orientación hacia su nuevo rol de madre.	Las actitudes opiniones y creencias de cada individuo ejercen una influencia considerable sobre su comportamiento. (185)	Observo a la paciente un poco más tranquila, y con menos ansiedad; me dice que teme por lo cambios y espera no tener demasiados problemas, ahora que este en su casa.

184 Idem. Pág 631

185 Nordmark / Rohwedder. Op.Cit. Pág 568

12.- NECESIDAD DE PREOCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: Incapacidad para afrontar su enfermedad relacionado con la falta de confianza, manifestada por estrés, preocupación e inseguridad.

Objetivo: Que la paciente acepte su enfermedad, para que sea capaz de hacer frente a las situaciones de la vida con el mayor éxito posible.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Favorecer la expresión adecuada de las emociones; para que armonice con la seguridad y el bienestar de la paciente.	Una sensación de seguridad y de bienestar surge si el individuo siente que es capaz de hacer frente a las situaciones de la vida con éxito. (186)	La paciente expresa de manera verbal que nunca pensó en una enfermedad y que tiene coraje en ocasiones por lo que le sucedió, no totalmente acepta su enfermedad, sin embargo acepta la ayuda que se le brinda.

13.- NECESIDAD DE DISTRAERSE

Necesidad cubierta

14.- NECESIDAD DE APRENDER

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos, relacionado con el nacimiento de su hijo y su enfermedad; manifestado por falta de información sobre el cuidado de su hijo y de ella misma.

Objetivo: Enseñarle a la madre, todos los conocimientos necesarios para el cuidado de su hijo, y de ella misma.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Educar a la paciente, brindándole la información suficiente, para conocer lo necesario acerca del cuidado de su hijo y de sí misma.	Un grado de alto aprendizaje junto con la capacidad pueden ayudar a enfrentarse con éxito a una situación. (187)	La paciente acepto la información sobre el cuidado de ambos y al realizarle alguna pregunta, me doy cuenta que si comprendió la mayoría de la información.

3ª PARTE

6.- CONCLUSIONES

La paciente recibió la atención personalizada con cuidados planeados y esto logro propiciar su participación e interés, tanto para la planeación como para la ejecución de los cuidados brindados; también su familia se intereso y colaboró para la recuperación de la paciente; con esto se favoreció la recuperación de la salud y la integración de la paciente a su familia y a su trabajo.

Los problemas en su gran mayoría fueron resueltos ya que la paciente y su familia preguntaron, y se involucraron en este proceso, a través de la educación, la comunicación y el apoyo brindado a la paciente, se disminuyó el dolor, malestar y sus inquietudes, logrando que ella aceptara más su realidad a vivir. Las decisiones fueron tomadas para cada necesidad, tratando de beneficiar al máximo a la paciente.

Considero que con el Proceso Atención de Enfermería y el uso del modelo Virginia Henderson, pude delimitar y actuar de manera mas clara, al satisfacer las necesidades de la paciente y también pude apreciar la importancia de las mismas, logrando la satisfacción óptima de las necesidades de la paciente a la que aplique el proceso. También el proceso atención de enfermería, me ha permitido conocer un poco más a fondo a un ser humano, en este caso a una paciente con hipertensión inducida por el embarazo.

El seguir las etapas del proceso atención enfermería me llevó sin duda a un paso más de la superación profesional y académica, al conocer y compartir experiencias, tanto con la paciente, como con el personal de enfermería, para poder llevar a cabo con éxito la aplicación del proceso atención de enfermería.

7.- BIBLIOGRAFÍA

Fuentes Bibliográficas

ANN MARRINER TOMEY. Modelos y Teorías en Enfermería. Edit. Harcourt 2003. 5a edición. Madrid. Pp. 672

ARCHIVO HISTÓRICO del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE. 2004.

ÁVILA DAVALOS ANGELES. CENSO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, Hospital regional Gral Ignacio Zaragoza ISSSTE, Enero a Octubre 2004

BARRON M. WILLIAM. Transtornos médicos durante el embarazo. Edit.Harcourt. Madrid 2002. 3ª . ed. Pp675.

CUNNINGHAM G. WILLIAMS OBSTETRICIA. Edit. Panamericana. ed. 20a. Buenos Aires 2000. Pp. 321

DICCIONARIO MÉDICO. Edit. Salvat 3ª ed. 1990.Pp. 730

DONAHUE. M. Patricia: Historia de la Enfermería: Edit.Harcourt Mosby

GARCIA MARTÍN. CARO CATALINA. Historia de la Enfermería. “Evolución histórica del Cuidado Enfermero” Historia del cuidado Enfermero. Ediciones Harcourt 2001 .Pp. 214

GÓMEZ JUÁREZ CRISTINA .DIAGNÓSTICO SITUACIONAL del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adulto. ISSSTE ZARAGOZA diciembre 2004.

Instrumento de recolección de datos para la atención de enfermería. (Modelo de Virginia Henderson).Escuela de Enfermería del Hospital Juárez. 2004.

IYER PATRICIA. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. edit. Interamericana 1999. Pp.444 México.

JUALL CARPENITO LYNDA. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. edit. Interamericana 9ª ed. España 2003

KEROUAC S.Y COLS. Grandes corrientes del pensamiento. El pensamiento enfermero. Barcelona edit. Masson 1ª ed. 1999

KOZIER BARBARA. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. Vol.1. Edit. Interamericana. 5ª ed. México 1999. Pp. 848

LEÓN ALLENDE EVA. ROL DE JEFATURA del personal de enfermería. Turno nocturno ISSSTE Zaragoza. 2005.

LUCKMAN JOAN. Cuidados de Enfermería. Vol. 1. Edit. Interamericana. 2ª ed. México 2000.

Pp.958.

NETTINA M. SANDRA. Manual de Enfermería práctica. Edit. Interamericana. México 1999 .2ª ed.
Pp.1019.

NORDMARK / ROHWEDER. Bases científicas de la enfermería. Edit. Manual Moderno.2ª ed.
México 2002 Pp711

NORMA TÉCNICO MÉDICA para la prevención y manejo de la preeclampsia- eclampsia. IMSS .
México 2001

PHANEUF MARGOT. La planificación de los cuidados enfermeros. edit. Mc Graw-Hill 2000. Pp.
228

RODRÍGUEZ S. BERTHA. Proceso Enfermero .edit.Cuellar. Junio 2002 México.Pp.277

ROSALES B. SUSANA. Fundamentos de enfermería. Edit Manual moderno 2004.Pp. 636

Fuentes Electrónicas

Fox. Q.Vicente. <http://www.issste.gob.mx/issste>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Edad _____ Diagnóstico _____

Peso _____ Talla _____ Escolaridad _____

Ocupación _____ Religión _____

Lugar de nacimiento _____ Cédula _____

Estado civil _____ Tipo de familia _____

Domicilio _____

Fuente de información: Directa si () no () Indirecta Quién 188

NECESIDADES

1.-Respirar

Amplitud respiratoria: profunda ___ superficial ___ frecuencia ___/min. Tos tipo _____

Frecuencia de los accesos de tos _____ veces/día. Secreciones: abundantes SI ___ NO ___
descripción _____ expectoración SI ___ NO ___ Sensación de ahogo _____ sofoco _____

Tiraje: músculos implicados ___ Ruidos respiratorios: lóbulo sup. dcho. ___ lóbulo sup. izqdo ___

Lóbulo inf. dcho ___ lóbulo inf. izqdo ___ Fracturas de costillas ___ hiperventilación _____

Tabaquismo: núm de cig/pipas ___/día, ha dejado de fumar desde _____ Otras drogas:
tipo ___ cantidad _____ datos subjetivos _____ 189

2.-Beber y comer

Buen apetito SI ___ NO ___ Rechaza alimento ___ Necesidad de estímulo para
comer ___ Dificultad para masticar ___ para tragar ___: líquidos ___ sólidos ___ para comer
solo ___ para hidratarse solo ___ Necesidad de ayuda: para cortar los alimentos ___ para
comer ___ para beber ___ Dolores de estómago: características _____ frecuencia _____

Gases en el estómago ___ náuseas ___ vómitos ___ alimentación equilibrada ___ régimen
especial _____ Buen estado de la mucosa bucal SI ___ NO ___ de la lengua SI ___ NO ___ de las
encías SI ___ NO ___ de la dentadura SI ___ NO ___ Prótesis dentales: sup ___ inf ___ bien ajustadas
SI ___ NO ___ Peso actual Kg Pérdida ___ Ganancia _____ desde hace 6 meses ___ Kg. Talla _____

188 Phaneuf. Op. cit. Pág. 91

189 Idem Pág 91

Bebidas alcohólicas: tipo____núm. vasos /día____café: núm de tazas día____Datos subjetivos_____.

3.-Eliminar

Eliminación intestinal: frecuencia____heces duras____diarrea____hemorroides____fisuras____Dolores anales____abdominales:características____sangre en las heces____

Prurito anal__gases e hinchazón de vientre__tendencia a los fecalomas____incontinencia____

Ostomía: tipo__clase de aparato__autónomo para sus cuidados__ruidos intestinales SI__NO__.

Eliminación urinaria: frecuencia/día__disuria__hematuria__polaquiuria__nicturia__orina concentrada__maloliente__retención/vejiga__debe hacer fuerza para orinar__urgencia de orinar

____incontinencia: por el día __por la noche____incontinencia de esfuerzo____dificultad para contenerse____va solo al lavabo__con ayuda__cateterismo SI__NO__sonda fija____

Pañal de incontinencia____.Diaforesis/transpiración: abundante ____olor nauseabundo_____.

Secreciones relacionadas con el aparato sexual:

Secreción vaginal____loquios____poco abundante____abundante____color____olor____

Regularidad de las reglas: SI__NO__ausencia de reglas____fecha de última menstruación____

embarazo____dolores premenstruales: abdominales____poco intensos____intensos____

Dolor/tensión mamaria__poco intenso__intenso____Secreción de los senos__tipo____poco

abundante__abundante____secreción uretral__tipo__poco abundante____abundante____

inquietudes_____Datos subjetivos que se refieren a la eliminación_____.

4.-Moverse

Modo de llegada: a pie__silla de ruedas__camilla____se desplaza solo____ con ayuda____se

sienta en el sillón____solo__con ayuda__se levanta de la cama: solo__con ayuda__se da la vuelta

solo __con ayuda____debilidad____fatiga____incoordinación____dolores____temblores

____contracturas____edema____varices____coloración de las extremidades_____

Amplitud limitada de movimiento____miembros paralizados____fuerza mano izqda__

débil__mano drcha buena____débil__mareos____movimientos incontrolados_____

190 Idem. Pág 91

191 Idem Pág. 92

T/A_____ pulso_____ Frecuencia_____/min; regular SI___NO___ características_____.utiliza
bastón___ muletas_____ silla de ruedas____ andador_____ se traslada solo____ con ayuda_____
datos subjetivos_____ .192

5.-Dormir y descansar

Número de horas habituales de sueño____h, dificultad para conciliar el sueño__se despierta muy
pronto____ sueño agitado__ pesadillas_____ nerviosismo____ se levanta durante la noche__ Causa
dolores__ prurito____ incomodidad____ preocupaciones_____ miedos_____ inquietudes____ pide
medicación para dormir__ siesta AM____ PM____ Hábitos: refrigerio al acostarse____ luz piloto____
Ventana abierta____ datos subjetivos_____ .193

6.-Vestirse y desnudarse

Capaz de vestirse/desnudarse solo: SI___NO___ Capaz de elegir su ropa SI___NO___ de guardarla
limpia SI___NO___ factores que lo impiden: dolores____ rigidez en las
articulaciones____ confusión__ amputación__ déficit visual____ debilidad____ estado
depresivo__ intenta desnudarse_____ Mantenimiento de la ropa por la persona____ la familia____
Datos subjetivos_____ .194

7.-Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Temperatura: bucal_____ rectal____ axilar____ Temperatura de la piel____ frío en las
extremidades__ escalofríos frecuencia_____ datos subjetivos_____ .195

8.-Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos

Capaz de lavarse en la ducha_____ en la bañera____ en la cama__ solo____ con ayuda____ necesidad
de ayuda para el cuidado del cabello____ uñas__ dientes____ prótesis dentales_____ estado de la
piel____ enrojecimientos__ prurito____ úlceras____ equimosis_____ número_____ extensión__
situación_____ laceraciones_____ situación_____ causas de las lesiones:
inmovilidad_____ incontinencia____ deshidratación____ posible violencia____ vellosoidad
especial____ Estado de los senos_____ autoexamen____ frecuencia_____ Estado de los órganos
genitales _____ externos_____ Datos
subjetivos_____ .196

192 Idem. Pág. 92

193 Idem. Pág. 92

194 Idem. Pág.92

195 Idem. Pág. 93

9.-Evitar peligros

Alergia_____Estado de conciencia: inconsciente_____bien orientado____desorientado: con relación al tiempo____a las personas_____a los lugares____ confuso_____ansiedad_____poco marcada_____marcada____ hiper actividad____agresividad verbal____agitación____riesgo de violencia para con los demás_____riesgo de caída____Dolores: intensidad poco marcada____marcada__tipo :contenciones_____barandillas____utilización de medicamentos en casa_____inquietudes respecto a su estado u hospitalización_____

Datos subjetivos_____ 197

10.-Comunicarse con los semejantes

Lengua hablada_____no domina la lengua del medio____se expresa con dificultad_____afasia____disartria____ritmo raletizado____se expresa mediante signos____mediantes indicaciones en una pizarra: ____capaz de comprender lo que se le dice: SI____NO____limitaciones visuales: ojo dcho____ojo izqdo____ceguera: ojo drcho____ojo izqdo: lagrimeo: ojo drcho____ojo ozqdo____presencia de pus. Oj drcho____ojo izqdo____pupilas simétricas____ojo drcho____ojo izqdo____sordo: oído drcho____oído izqdo____acúfenos____intermitentes____constantes____forma Lesiones del conducto auditivo____del pabellón del oído____.Lleva gafas____lentillas____prótesis: ocular____auditiva____izda____dcha____dificultades intelectuales de concentración____de memoria____Capacidad de lectura: SI____NO____Quejas somáticas frecuentes____dificultades en el plano sexual____preocupaciones____prefiere no hablar de ello____datos subjetivos_____ .198

11.-Actuar según las propias creencias y valores

Prescripciones o prohibiciones religiosas que hay que respetar_____Bien adaptado a medio de cuidados: SI____NO____Aceptación de la enfermedad____de tratamiento SI____NO____a la cultura y los valores del medio hospitalario SI____Importancia de los valores religiosos____objetos de culto deseados____Desea hablar con un sacerdote :NO____SI____ Datos subjetivos_____ 199

12.-Preocuparse de la propia realización

profesión_____sin empleo: desde_____baja____invalidez____temporal_____

196 Idem. Pág. 93

197 Idem. Pág. 93

198 Idem. Pág. 93

199 Idem. Pág. 94

permanente _____ Deseo de ser autónomo _____ Capacidad de iniciativa _____ de decisión _____
Factores de influencia: falta de confianza en sí mismo _____ modificación del esquema
corporal _____ dolor _____ estado depresivo _____ capaz de marcarse unos
objetivos _____ Datos subjetivos _____ .200

13.-Distraerse

Le gusta reír y divertirse _____ suele estar triste _____ capacidad para buscarse actividades de
ocio _____ distracción preferida. lectura _____ cartas _____ ajedrez _____ música _____ deportes _____
caminar _____ otras _____ Disminución de los centros de interés _____ factores de influencia:
dolor _____ ansiedad _____ debilidad _____ depresión _____ soledad _____
Datos subjetivos _____ .201

14-Aprender

Capacidad de adquirir conocimientos: buena _____ limitada _____ motivación para aprender:
buena _____ limitada _____ factores de influencia: ansiedad _____ dolor _____ somnolencia _____ limitaciones
sensoriales _____ confusión _____ falta de interés _____ otro _____ ¿cuál es su necesidad de
aprender? _____ datos subjetivos _____ .202

200 Idem Pag. 94
201 Idem. Pág. 94
202 Idem Pag. -94

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

EPIDEMIOLOGÍA

La preeclampsia es un padecimiento que se presenta fundamentalmente en la segunda mitad del embarazo, durante 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.

Factores de riesgo:

Nivel socioeconómico bajo (escolaridad menor de 6 años), madre soltera, historia familiar de preeclampsia-eclampsia, menos de 20 años y mas de 35, primer embarazo, 5 o más embarazos, embarazo múltiple, enfermedad trofoblástica, polihidramnios, preeclampsia en un embarazo anterior, hipertensión arterial de cualquier origen, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y enfermedades autoinmunes.²⁰³

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO

Se adopta la clasificación del Comité de Terminología Americano de Obstetras y Ginecólogos de 1972 y se divide a los estados hipertensivos asociados al embarazo en 5 categorías:

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 pos-parto, sin edema ni proteinuria y que persista 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

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 crónica de cualquier etiología. Este grupo incluye paciente con hipertensión arterial preexistente, paciente con una elevación persistente de la presión arterial de por lo menos

203 Cunningham. G. Williams Ostetricia. Edit. Panamericana. 20ª. Ed Buenos aires 2000. Pag 647.

140/90 mmHg en 2 ocasiones (con un mínimo de 6 horas de diferencia) antes de la semana 20 de gestación o fuera del embarazo y en pacientes con hipertensión arterial que persiste más de 6 semanas pos-parto.

5.- PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA SOBREGREGADA

Desarrollo de preeclampsia o eclampsia en pacientes con hipertensión arterial crónica diagnosticada.²⁰⁴

DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA- ECLAMPSIA

El diagnóstico se hace cuando la presión arterial es de 140/90 mm Hg o mayor. Los aumentos de la presión sistólica y diastólica pueden constituir cambios fisiológicos normales o signos de desarrollo de patología.²⁰⁵

PREECLAMPSIA LEVE:

- Tensión arterial de 140/90 mm Hg o más, pero menor de 160/111 mm Hg, o elevación de 30 mm Hg en las sistólica y 15 mm Hg diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas. La medición de efectuará con la paciente sentada.
- Proteinuria de 300 mg por litro o más, pero menor de 2 gr, o su equivalente en una tira reactiva.
- Edema leve o ausente
- Ausencia de síndrome vasculoespasmódico (cefalea, amaurosis, fosfenos, acúfenos).²⁰⁶

PREECLAMPSIA SEVERA

- Tensión arterial de 160/110 mm Hg o más con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro registro.
- Proteinuria de 2 g o más e orina de 24 horas, o bien 3 + a 4+ en examen semicuantitativo con tira reactiva, en una muestra de orina tomada al azar.
- Oliguria Diuresis en 24 horas menor de 400 mL (menos de 17 mL por hora)

204 Idem .Pág 647

205 Idem Pag. 648

206 Barron. M. Williams. Transtornos médicos durante el embarazo.Edit. Harcourt. Madrid 2002 3ª ed. Pág 199

-Trastornos cerebrales o visuales (como alteración de la conciencia, cefalea, fosfenos, visión borrosa, amaurosis, diplopia).-Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen (dolor en barra)-Edema pulmonar, -Cianosis -Función hepática alterada-Trombocitopenia.²⁰⁷

ECLAMPSIA

Es cualquier caso o más de datos de hipertensión arterial, edema y/o proteinuria, independiente de las cifras existentes, en el cual se presentan convulsiones y /o coma.²⁰⁸

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ECLAMPSIA Y LA HIPERTENSIÓN CRÓNICA

	PREECLAMPSIA	HIPERTENSIÓN
Edad	edades extremas	frecuentemente mayores
número de partos	habitualmente nulípara	a menudo múltipara
inicio	poco frecuente antes de las 20 semanas de gestación	la elevación de la TA se aprecia frecuentemente antes de las 20 semanas de gestación
antecedentes	negativos	positivos, frecuentemente hipertensión en gestaciones previas
fondo de ojo	edema retiniano, vasoespasmo arteriolar	puede haber alteraciones crónicas de arteriosclerosis
función cardíaca	habitualmente normal	hipertrofia ventricular si la enfermedad es de larga evolución
reflejos tendinosos profundos	hiperactivos	normoactivos
hemoglobina/hematócrit o	valores aumentados sugieren hemoconcentración y apoyan el diagnóstico	sin cambios

207 Idem. Pág. 200

208 Idem. Pág. 201

extensión de sangre periférica	esquistocitos	sin cambios
recuento plaquetario	disminución significativa de la cifra o recuento absoluto $< 150 \times 10^9/l$	sin cambios
creatinina sérica	cifra anormal o en aumento, especialmente cuando se asocia oliguria, sugiere preeclampsia grave	puede estar elevada si la enfermedad es de larga evolución
proteinuria	elevada	ausente o mínima en la hipertensión esencial
ácido úrico	frecuentemente elevado	frecuentemente normal
función hepática	Dolor/hipersensibilidad en el hipocondrio derecho más elevación de transaminasas séricas y/o lactato deshidrogenasa sugieren preeclampsia grave.	Normal. (209)

TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA SEVERA Y DE LA ECLAMPSIA

MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES VITALES MATERNAS

1.- mantener la permeabilidad de las vías aéreas superiores y la ventilación. Se puede usar (dependiendo el caso) cánula de Guedel, intubación o traqueostomía.

- aspiración de secreciones de las vías respiratorias superiores
- evitar la mordedura de la lengua debida al trismo que ocurre durante una convulsión
- en ciertos casos puede requerirse presión positiva en la ventilación (ámbu simple o ventilador)

2.- evitar traumatismos durante la crisis convulsiva:

- cama con barandales y almohadas

209 Idem. Pág 202

- cánula de Guedel para evitar mordedura de la lengua.
- 3.- ayuno
- 4.- venas permeables con venoclisis (por lo menos dos); una para mantener hidratación, aporte calórico y administrar fármacos y otra para instalar catéter largo para medir la presión venosa central y tomar muestras de sangre.
- 5.- instalar sonda vesical de Foley abierta a permanencia, para medir diuresis horaria y tomar muestras de orina
- 6.- minimizar estímulos
- 7.- vigilancia clínica: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, coloración, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, diuresis cantidad y características, laceraciones de la piel (petequias, equimosis) y estado de la conciencia.
- 8.- vigilancia materna y fetal por laboratorio y por gabinete.²¹⁰

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS CRISIS CONVULSIVAS

SULFATO DE MAGNESIO

ESQUEMA INTRAMUSCULAR DE PRITCHARD

Impregnación 4 g IV en 3 a 5 minutos + 10 mg IM

Mantenimiento 5 g IM cada 4 horas (en concentración al 50 %).

Toxicidad del sulfato de magnesio

Signo	Nivel de plasma de magnesio (mg/dl)
Pérdida del reflejo patelar	9 a 12
Paro respiratorio	14.6
Parálisis	15
Paro cardíaco	30

Durante la administración del sulfato de magnesio, debe vigilarse el reflejo patelar, la diuresis

²¹⁰ Norma Técnico Médica IMSS 2001

horaria y la frecuencia respiratoria.

Antídoto: gluconato de calcio 1 g IV.²¹¹

FENOBARBITAL

Ampolletas de 0.330 g, 1 ampolleta IM o IV cada 8 a 12 horas, de acuerdo al grado de sedación.

DIFENILHIDANTOÍNA SÓDICA

250 mg IV, dosis única. Posteriormente 125 mg IV cada 8 horas.²¹²

CONTROL DE CRISIS HIPERTENSIVA:

OBJETIVO: prevenir un accidente vascular cerebral, sin comprometer el flujo útero-placentario.

Se utilizarán únicamente los siguientes fármacos dependiendo de su disponibilidad y de la experiencia de quien los prescribe:

Nifedipina

Hidralazina intravenosa

Clorpromazina

Isoxuprina.

La meta es mantener la TA sistólica entre 140 y 150 mm Hg, y la TA diastólica entre 90 y 100 mm Hg o ambas.

NIFEDIPINA 1 cápsula sublingual de 10 mg. Si persiste la crisis hipertensiva, se pueden administrar nuevas dosis cada 20 a 30 minutos hasta 4 dosis.

HIDRALAZINA INTRAVENOSA dosis intravenosas intermitentes de 5 a 10 mg cada 20 minutos con vigilancia estrecha de TA para lograr la dosis terapéutica óptima.

CLOROPROMAZINA 12.5 mg IV y 12.5 mg IM, dosis única.

²¹¹ Idem Norma Técnica Médica IMSS 2001.
²¹² Idem Norma Técnica Médica IMSS 2001

ISOXUPRINA 250 ml de solución glucosada 5% + 5 ampolletas de isoxuprina de 10 mg, a goteo dosis respuestas. Se sugiere iniciar con 8 gotas por minuto para mantener la TA diastólica entre 90 y 100 mm Hg.²¹³

COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA- ECLAMPSIA

SÍNDROME DE HELLP Del inglés **H**=hemolysis **E.L**=Elevated enzymes Liver **L.P**=Low platelets.

Un síndrome caracterizado por hemólisis microangiopática, daño hepático manifestado por elevación de enzimas: transaminasa glutámico-oxalacética (TGO), transaminasa glutámico-pirúvica (TGP), deshidrogenasa láctica (DHL) y bilirrubinas, también existe trombocitopenia.

A) hemólisis definida por un frotis periférico anormal con esquistocitos, bilirrubina total elevada (igual o mayor de 1.2 mg/dL), deshidrogenasa láctica elevada (mayor de 600 U.I/L), presencia de hemoglobina libre en plasma y hemoglobinuria.

B) enzimas hepáticas elevadas: TGO igual o mayor de 70 U.I/L; TGP igual o mayor de 50 U.I/L y DHL mayor de 600 U.I/L.

C) trombocitopenia cuenta plaquetaria de menos de 100,000mm³.

Las anomalías de los eritrocitos probablemente de daño en la membrana celular y del paso de los mismos a través de los pequeños vasos que tiene 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, en orden de frecuencia, puede complicarse con:

Insuficiencia renal aguda

Coagulación intravascular diseminada

Abruptio placentae.²¹⁴

²¹³ Idem Norma Técnico Médica IMSS 2001

²¹⁴ Idem Norma Técnico Médica IMSS 2001

INSUFICIENCIA RENAL

Mecanismo de producción de la insuficiencia renal aguda:

Depósito de hemoglobina, bilirrubina o ambas en el túbulo renal.

Por necrosis tubular aguda, secundaria a vasoespasmo e hipovolemia

Puede ser oligúrica y no oligúrica.²¹⁵

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

Se presenta más frecuentemente en la preeclampsia-eclampsia complicada con síndrome de Hellp y con abruptio placentae.

Diagnóstico de coagulación intravascular diseminada.

- prolongación del tiempo de protombina TP 2 o más segundos sobre el testigo
- prolongación del tiempo parcial de tromboplastina 4 o más segundos sobre el restigo
- fibrinógeno bajo. Normal en sangre 200 a 400mg/dl
- determinación de productos de degradación del fibrinógeno/fibrina:

Con gel-ethanol

Con sulfato de protamina.²¹⁶

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (ABRUPTIO PLACENTAE)

Puede presentarse en cualquier caso de preeclampsia- eclampsia, pero es más frecuente en las formas severas y sobre todo en aquellas con alguna complicación grave como síndrome de Hellp y crisis hipertensivas de difícil corrección.²¹⁷

EDEMA AGUDO PULMONAR (CARDIOGÉNICO Y NO CARDIOGÉNICO)

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 más frecuente en mujeres añosas, multíparas y en el puerperio, por

²¹⁵ Idem Norma Técnico Médica IMSS 2001

²¹⁶ Idem Norma Técnico Médica IMSS 2001

reabsorción del edema e ingreso de líquido del compartimiento intersticial al intravascular.²¹⁸

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

Edema cerebral, Hemorragia cerebral, Isquemia, trombosis e infarto cerebral, Edema cerebral: Es el exceso de contenido de agua en los compartimientos de líquidos del cerebro. Puede desarrollarse por presión intravascular aumentada, presión oncótica reducida y daño del endotelio vascular. 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.²¹⁹

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

El único tratamiento etiológico de la preeclampsia-eclampsia es la interrupción del embarazo. Sin embargo dicha interrupción se valorará en cada caso en particular, de acuerdo a los siguientes criterios: A) razones para permitir la continuación del embarazo

Presencia de feto aún sin madurez

- la madurez pulmonar fetal se alcanza entre la semana 35 a 36. Es deseable e ideal poder alcanzar esa edad gestacional.
- Cuando esto no es posible, sería cuando menos deseable alcanzar la semana 33 con un feto de aproximadamente de 1350 Kg.

217 Idem. Norma Técnico Médica IMSS 2001
218 Idem Norma Técnico Médica. IMSS 2001
219 Idem Norma Técnico Médica IMSS 2001

-cuando esto tampoco es posible, sería deseable alcanzar la etapa entre las semanas 28 y 32, que es cuando existen receptores a nivel alveolo pulmonar fetal a los corticosteroides (inductores de madurez fetal).²²⁰

²²⁰ Norma técnica médica IMSS 2001.

