



*DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS - UNAM*

INSTITUTO MARILLAC, A. C.

*DUELO ANTICIPADO EN UNA MUJER
CON PREECLAMPSIA SEVERA*

**PROCESO ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA**

*QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA*

P R E S E N T A:

MARIA ARACELI CORNEJO CORNEJO

No. CUENTA: 405511387

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARÍA DE LOURDES TORRES CARRASCO

CO-DIRECTOR: LIC. ANA MARÍA RUIZ URBINA

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 2009



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
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	8
1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO Y DE ENFERMERÍA.....	9
1.2. LA ENFERMERÍA ACTUAL.....	11
1.3. CONCEPTOS BÁSICOS.....	14
1.4. TEORÍAS Y TEORICAS DE ENFERMERÍA.....	16
1.5. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	20
1.6. PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA.....	21
1.6.1. Patrones de respuesta humana.....	21
CAPITULO II. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	23
2.1. CÉDULA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	24
2.2. ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS.....	30
2.3. PLANIFICACIÓN CUIDADOS.....	34
CONCLUSIÓN.....	52
SUGERENCIAS.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	56
CAPITULO III. ANEXOS.....	58
3.1. ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	59
3.2. FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	62
3.3. EMBARAZO MÚLTIPLE.....	65
3.4. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO.....	66
3.5. PUERPERIO QUIRÚRGICO.....	79
3.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	82
3.7. PÉRDIDAS Y DUELO.....	83

ORACIÓN A JESÚS

*Jesús mi dulce amigo,
cuatro cosas yo te pido:
Paciencia para sufrir,
Fuerzas para trabajar,
Valor para resistir
las penas que han de venir
y me han de mortificar,
Temperamento sereno
para atender las cosas
con santa calma
y así tener en el alma
perfecta tranquilidad.
Esto tengo que pedirte
¡Oh mi Jesús adorado!
en este día consagrado
para servirte y amarte.*

PENSAMIENTO

El héroe se descubre como tal en la divinización y en la catarsis.

Puede ser que haya un germen de eternidad escondido en cada uno de nosotros.

¿Quién aceptará el reto de descubrirlo?

Un espejismo común en el vulgo quizá no tan peligroso

es sostener que todo es o simple o complejo.

Pero no hay ilusión tan dañina como lo es el esperar

que algún día lo complejo podrá reducirse a la simplicidad...

Fray Rubén Moratilla Ramírez

Agradecimientos:

A Jesús mi compañero fiel, mi Amigo que nunca me falla, que siempre me tiende su mano en los momentos difíciles de mi vida.

A la Madre María Elena Ríos Martínez por su apoyo que a lo largo de mi carrera me brindó, por creer y confiar en mí.

A mi fraternidad y a las hermanas: Esperanza Nuñez, Tomy, Chayito, Neli, Vero y Carmelita Noriega, por su apoyo incondicional que en todo momento me ofrecieron.

A mis padres por sus oraciones de cada día.

A mi asesora de tesis, la maestra María de Lourdes Torres Carrasco, por su apoyo y paciencia.

A mis maestros, en especial a Sor Guadalupe Cedillo y Ana María Ruiz.

A mi compañera Estela: gracias por tu apoyo y la motivación a la que me impulsaste para concluir mi carrera.

A mi querido amigo Rubén por el apoyo que siempre me brindó.

INTRODUCCIÓN

La enfermería como ciencia y disciplina está constituida por hechos memorables; es la ciencia del devenir del ser humano en el tiempo, viene del ayer y va hacia el mañana. Como tantas otras ciencias se ha ido construyendo poco a poco en tres momentos: el conocimiento, la ética y la estética. La simbología en enfermería, la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones, recuerda la historia, las conductas, pero ante todo debe orientarse con sentido crítico y de acuerdo con las prácticas actuales de la disciplina.

La enfermería experimenta actualmente importantes cambios que surgen de la propia dinámica de crecimiento y evolución de las profesiones dentro del sistema de salud, la analogía del momento actual, recuerda la época del protestantismo en Europa que caracterizó la «edad oscura de la enfermería», sus efectos llevaron a la clausura de instituciones donde cuidaban a los enfermos; por tanto, la calidad del cuidado en la enfermería entró en decadencia. Las políticas actuales en salud, las instituciones de salud con su organización de servicios gerenciales, tienen en riesgo el ejercicio de la profesión y el principio del cuidado humano que se expresa en los símbolos que la representa. Como la historia debe permanecer en la memoria colectiva con principios rigurosos, la profesión de enfermería debe continuar el camino como disciplina con teorías explícitas para la práctica profesional, y salvaguardar el cuidado con calidad. Armiger¹ manifiesta: «Existe hoy una necesidad sin precedentes de identificar la singularidad de la ciencia de enfermería y de su práctica, no sea que fuerzas avasallantes en la sociedad contemporánea nos lleven a la desintegración de enfermería como una profesión distinta.»

La enfermería como disciplina es un actor trascendental en el equipo de salud, con conceptos epistemológicos en un continuo análisis a partir de la historia, de teorías y métodos donde se tiene en cuenta tanto los avances como las limitaciones en el desarrollo del conocimiento. Igualmente llevar la mirada a la historia de la enfermería y lo que constituyen los símbolos, a la reflexión y análisis por parte de los profesionales

¹ Donadlson S, Crowley D. La disciplina de enfermería. Nurs Outlook 1978; 26: 113-120.

quizá permita a los mismos identificarse con el cuidado humano, la rigurosidad del trabajo con sentido ético y la participación gremial para defender derechos en la búsqueda de la reconciliación y la equidad social desde lo laboral como del derecho a la salud de las personas. Jean Watson² en sus escritos de la Teoría del Cuidado Humano en las nuevas direcciones para el futuro de la práctica, afirma que la enfermería ha tenido la oportunidad de explorar su propia herencia y reconectarse con sus propios valores, como también con la filosofía para explorar métodos de investigación que sean consistentes con la naturaleza de la profesión.

Hoy se reconoce la rica herencia recibida de las filosofías, modelos conceptuales y marcos teóricos propios, que fundamentan y explican el fenómeno de interés de enfermería. Estas contribuciones han fortalecido a la enfermería como una disciplina científica y sirven como base para nuevos desarrollos teóricos. Para Donadlson y Crowley³, es importante definir la estructura de la enfermería a partir del conocimiento de su historia que permitiría investigarla como ciencia y disciplina. En este sentido se acepta, que la enfermería es un ciencia de la salud y una ciencia humana porque el centro de su responsabilidad es el cuidado de las personas en todas sus dimensiones, por lo que cobra importancia retomar la simbología de la enfermería en el proceso de formación del estudiante, con apropiación por el mismo, del significado de cada uno de los símbolos con referencia al cuidado y al proceso de preservar el derecho de la salud de todas las personas.

Según Villalobos⁴, enfermería es una profesión constituida esencialmente de dos partes: un componente profesional y un componente disciplinar. Como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida de los individuos y grupos al tratar de resolver los problemas que se interponen e influyen en su logro.

La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes, para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de

² Watson J. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.

³ Donadlson S, Crowley D. La disciplina de enfermería. Nurs Outlook 1978; 26: 113-120.

⁴ Villalobos MM. Aspectos conceptuales del cuidado en enfermería: utilidad para la práctica y la investigación. Bogotá, III Congreso de Egresados, Universidad Nacional, 2000. p. 1-12.

interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. De aquí que el profesional de enfermería debe seguir el camino con responsabilidad y liderazgo, y como lo afirmaba Nightingale «nadie nos va a regalar un mundo mejor».

En los cuidados en enfermería, la aceptación de la persona como un ser libre ayuda a situarla en la posición de protagonista de esos cuidados, y no como simple espectadora de las acciones que se realizan para ella; esto lo hace posible con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, método que le otorga identidad a la enfermera profesional. Henderson⁵ señala que cuidar es ayudar a las personas en aquellas actividades dirigidas a potenciar la salud o a restituirla lo más pronto posible, y que la persona realizaría por ella misma, si supiera, y si tuviera la fuerza y/o la voluntad necesaria.

Además el Proceso Atención de Enfermería proporciona una estructura para la práctica de enfermería, un marco en el que las enfermeras utilizan el conocimiento y las habilidades para expresar el cuidado de las personas. El proceso de enfermería se utiliza continuamente en la planificación y la práctica de la atención. La enfermera considera al paciente como la figura central del plan de cuidados y confirma la idoneidad de todos los aspectos de la atención de enfermería observando sus respuestas.

El presente Proceso Atención de Enfermería está encaminado a satisfacer las necesidades de una paciente con preeclampsia severa teniendo como referencia que la preeclampsia/eclampsia continúa siendo una importante causa de movilidad y mortalidad materno fetal, por los efectos y consecuencias que ocasiona en órganos y sistemas como el nervioso central, hígado, corazón, riñón y en los tiempos de coagulación.

En México ha sido la primera causa de muerte materna en los últimos 20 años a pesar de los avances en la calidad y cantidad del control prenatal, de la atención del parto y del puerperio. Por lo tanto constituye un problema de salud pública⁶.

⁵ Henderson V. La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. México: McGraw-Hill Interamericana; 1994.

⁶ Secretaría de salud, Prevención, diagnóstico y manejo de preeclampsia/eclampsia, Lineamiento técnico, 2002.

La etiología de la preeclampsia/eclampsia aún no se conoce con precisión, no obstante la prevención juega un papel muy importante; para evitar la muerte por esta patología, para ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de auto cuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. En este sentido el control prenatal, la referencia de los casos y la atención de la urgencia obstétrica revisten una vital importancia.

La frecuencia que se reporta muestra gran variabilidad y sus valores oscilan de 12 a 22%, cifras semejantes a las registradas en nuestro país. La preeclampsia/eclampsia origina el 70% de los estados hipertensivos, y el 30% lo representan pacientes con hipertensión crónica preexistente durante el embarazo⁶.

En el año 2000 el Sistema Nacional de Salud de México reporta 466 defunciones por trastornos hipertensivos durante la gestación, ocasionando un 35.17% de las causas de mortalidad materna.

Además aborda cuidados desde los puntos de vista fisiológicos, patológicos y psicosocial, y ayuda a identificar prioridades de cuidado.

JUSTIFICACIÓN

La enfermera profesional es la responsable del cuidado del paciente. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería. Por tanto las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.

Enfermería; una profesión con profundas raíces humanísticas auténticamente preocupada por las personas que se confían a su cuidado en especial de todos aquellos que experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento; es una actividad profesional que aprecia y valora la conciencia colectiva de la sociedad. Sus bases se fundamentan y se sustentan en una práctica, profundamente humanitaria, que se ha transformado con el avance científico y tecnológico de las Ciencias de la Salud, y por ello requiere de ampliar su esfuerzo de investigación para perfeccionar su práctica cotidiana en las diferentes áreas en las que ejerce su actividad.

De acuerdo con sus propósitos de superación, se esfuerza por mantenerse actualizada para caminar a la par de la práctica médica, siempre en constante innovación; por ello se ha sumado a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que buscan satisfacer las necesidades de atención que tiene la sociedad en su conjunto. Así, la calidad se ha convertido en una exigencia que se ha reconocido a través de diversos estudios, en virtud del nivel de deterioro que ha sufrido la imagen pública de los servicios de salud, debido a la “deshumanización” de los profesionales, la excesiva burocracia, la escasez de recursos económicos y la falta de eficacia de algunos servicios en lo que concierne a los problemas del paciente y de su familia, cuyos derechos como seres humanos han sido ignorados.

Favorablemente, el personal de enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso para mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda, de lo que deriva el trabajo constante de investigación, el desarrollo de las tecnologías para superar los sistemas de diagnóstico y tratamiento. Lo anterior se suma a un

compromiso permanente en pro de la superación profesional, la educación continua y la especialización, lo que hace posible que dispongamos de métodos más eficientes en la lucha contra las enfermedades.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad. Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación de paciente.

En este contexto considero que el proceso atención de enfermería es una herramienta metodológica que permite proporcionar cuidados individualizados mientras dura la enfermedad y ayuda al ser humano a alcanzar el máximo de salud a lo largo de su ciclo vital.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Animar a la paciente para que analice sus preocupaciones personales en forma adecuada que promuevan el bienestar y reduzcan el riesgo de complicaciones.

Objetivos específicos:

- Desarrollar un plan de cuidados de enfermería que incluya el control adecuado de la presión arterial sistémica, el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos
- Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo durante los momentos de preocupación.
- Reducir la ansiedad relacionada con los síntomas que causan el estrés, instruir sobre la manera de prevenir infecciones y los cuidados personales.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO Y DE ENFERMERÍA

No podemos hablar de Enfermería sin remontarnos, aunque sea brevemente, a su historia. La Enfermería o mejor dicho, los cuidados enfermeros son tan antiguos como el hombre mismo.

Desde el principio de la humanidad se realizaban cuidados enfermeros en beneficio del grupo, para conservar la especie y por el propio individuo. Estas prácticas antiguas, basadas a veces en la observación de los animales y otras en la propia experiencia se fueron transmitiendo de generación en generación, desarrollándose así un saber empírico que originó de algún modo las prácticas de enfermería.

Más tarde, con la llegada del Cristianismo, estas prácticas tomaron un matiz religioso concibiéndose el cuidado enfermero como una forma de santificación para el que lo realizaba; la enfermedad en ese tiempo estaba considerada como un castigo divino y el cuidador debía ocuparse tanto del cuerpo del paciente como de su alma, haciendo méritos, con su sacrificio, para ganar la vida eterna. Pero al llegar la Reforma Protestante, todas estas ideas desaparecieron en los países que se separaron de la Iglesia Católica, ya no era necesario sacrificarse para ganar el cielo, esto se conseguiría sólo por el acto de creer (ideología de Lutero y Calvino). Las iglesias fueron destruidas al igual que los hospitales puesto que, en su mayoría, éstos estaban gobernados por órdenes religiosas. De esta forma, en algunos países, quedó descubierto casi por completo el cuidado de los enfermos. Estas tareas fueron consideradas denigrantes y por lo tanto dejadas en manos de personas sin escrúpulos y por supuesto, sin preparación alguna para llevarlas a cabo.

Se perdió así gran parte del conocimiento empírico conseguido hasta ese momento, el enfoque caritativo y de humildad que habían tenido los cuidados hasta entonces impidió que se hicieran registros escritos del trabajo que los religiosos habían realizado.

Este período en el que se dio un vacío de enfermería duró 300 años y se le conoce como el “período oscuro de la Enfermería”, no fue sino hasta la llegada de Florence Nightingale - Inglaterra, primera mitad del siglo XIX - que la situación cambió.

Debemos recordar que fue esta la época de los grandes descubrimientos científicos apareciendo figuras tan destacadas como Pasteur, Semmelweis, Cliford, Jaccould, entre otros. Se fundó la escuela positivista que admite el valor de la ciencia como tal.

La Enfermería se había considerado hasta entonces un arte y no una ciencia, pero Florence Nightingale rechazó estas ideas, luchó por integrar esta disciplina en un sistema interdependiente, que le permitió elaborar, con las limitaciones de la ciencia de esa época, una doctrina que durante más de un siglo fue técnica, dependiente de la medicina y también de la enfermedad.

Aunque todavía no hablamos de una Enfermería como la actual, podemos decir que en este momento de la Historia se establecieron las bases para el desarrollo de una enfermería profesional y científica.

Mientras este nuevo concepto de la Enfermería se iba extendiendo en muchos países de Europa, en México estábamos apenas saliendo de la guerra de Independencia y como consecuencia reorganizando nuestro país. Durante la época colonial, en México los cuidados enfermeros estuvieron a cargo de las órdenes religiosas, recordemos que España no entró a la Reforma Protestante y siguió siendo un país católico.

Esto continuó así hasta que Benito Juárez publicó un decreto en el que se secularizaron los hospitales y centros de beneficencia el 2 de febrero de 1861 y posteriormente, el 26 de febrero de 1863 decretó la extinción de las comunidades religiosas en toda la república, quedando excluidas las Hermanas de la Caridad, pues sus reglas no estaban en contra de las leyes de Reforma; temporalmente quedaron a cargo de los enfermos de nuestro país, pero en 1874 Lerdo de Tejada las expulsó definitivamente de México dando origen a nuestro propio “período oscuro de la Enfermería”.

Para principios del siglo XX el Dr. Liceaga, designado por el presidente de la República, comienza el ambicioso proyecto del Hospital General y la primera Escuela de Enfermería del mismo, inaugurados en 1905 y 1907 respectivamente y se inicia así una evolución de la profesión que nuevamente es interrumpida por la Revolución.⁷

⁷ Zueras B. P., Universidad Panamericana (<http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1742>)

1.2. LA ENFERMERÍA ACTUAL

El desarrollo de enfermería como disciplina profesional es muy reciente ya que elabora su propio cuerpo de conocimientos a partir de las investigaciones de Florence Nightingale que establece los fundamentos de nuestra actividad enfermera realizando los primeros trabajos que marcan nuestros orígenes como profesión y forman el núcleo a partir del cual se desarrolla la Ciencia Enfermera.

En comparación con otras ciencias el interés científico de la enfermería es por lo tanto muy reciente y se centra en la elaboración de un cuerpo de conocimientos con entidad propia cuyo objetivo principal es intervenir sobre la respuesta humana en el proceso salud/enfermedad y desarrollo vital.

En la actualidad, una de las líneas fundamentales para el avance de la disciplina consiste en explicar su práctica específica (actividades independientes) atendiendo al objetivo principal y con el fin de delimitar también su espacio en relación a otras disciplinas con las que mantiene una estrecha relación.

Teniendo en cuenta que las enfermeras de hoy ingresan a un mundo de oportunidades y de retos para brindar cuidados de gran calidad. Los cambios acelerados en la atención a la salud obligan al profesional de enfermería a estar preparado para proporcionar o planear cuidados en una gama muy amplia de circunstancias y en todas las etapas de las enfermedades. Por lo tanto las enfermeras deben estar capacitadas para identificar con rapidez las necesidades a corto y largo plazo de los enfermos; así mismo, para colaborar efectivamente con ellos y sus familias, con otros miembros del equipo de atención a la salud y con organismos de la comunidad en la creación de un sistema de atención sin interrupciones.

Las enfermeras comenzaron a investigar sobre las actividades que desarrollaban y concluyeron que estas se clasificaban en dos grupos diferenciados tomando como base su autonomía, su responsabilidad y sus conocimientos. Dichos grupos podemos denominarlos:

* *Actividades interdependientes*: centradas en colaborar con el médico en resolver problemas patológicos, tratar y/o controlar la enfermedad y prevenir o detectar complicaciones:

- Autonomía: parcial, delegada. Orientada hacia la enfermedad-tratamiento.
- Responsabilidad: total
- Conocimientos: de ciencias afines (farmacología, medicina, psicología...)

* *Actividades independientes*: relacionadas con las respuestas humanas ante una determinada situación de salud/enfermedad o de desarrollo que afectan al bienestar de la persona:

- Autonomía: total. Orientada hacia la salud y el bienestar.
- Responsabilidad: total.
- Conocimientos: de la ciencia enfermera, para el desarrollo de las actividades específicas de la profesión.

Por otro lado el uso creciente de registros informáticos de los pacientes, requiere un lenguaje uniforme para describir los problemas de éstos. El diagnóstico de enfermería satisface esa necesidad y ayuda a clarificar la práctica de enfermería al describir los problemas que se pueden tratar de forma independiente. El diagnóstico de enfermería realza el pensamiento crítico y la toma de decisiones, y proporciona una terminología consistente y universalmente entendida entre los profesionales de enfermería que trabajan en distintos lugares, incluyendo hospitales, consultas ambulatorias, clínicas de atención sanitaria y práctica privada.

Uno de los nuevos retos de la enfermería consiste en la preparación para el cuidado de los pacientes en su casa. “Muchas patologías que hubieran significado hace años una muerte próxima hoy se clasifican como crónicas para las familias, así que algunos optan por los servicios de enfermería domiciliarios.

La época actual “es muy propicia para ejercer esta profesión. Resulta imprescindible su conocimiento sobre el ser humano y su experiencia acerca de la enfermedad, la salud y la muerte. De ese modo, será capaz de aportar soluciones acertadas a las cuestiones de siempre y otros problemas recientes”.

Las enfermeras han constituido “durante mucho tiempo una parte esencial de la asistencia sanitaria. Comparten experiencias muy importantes con el paciente y su familia. Pueden modificar las vidas que tocan”; recordando que la persona es el centro de esta disciplina, que busca preservar la dignidad del hombre, defender y proteger los derechos humanos y salvaguardar el valor de cada persona en todas las situaciones.

Los principales desafíos futuros de las enfermeras son la investigación, la mejora en la comunicación y nuevas actividades clínicas como los cuidados paliativos o la promoción y la educación para la salud. Hemos de hallar el equilibrio entre lo que necesita y lo que podemos dar”; creando una atmósfera propicia dentro del gremio para que se desarrolle en todas las profesionistas lo mejor que posean y amen la profesión”.

1.3. CONCEPTOS BÁSICOS

CUIDADO. Los cuidados son un fenómeno universal que influye sobre la forma en que las personas piensan, se sienten y se comportan unas con otras. En enfermería, los cuidados se han estudiado desde la diversidad de perspectiva profesionales y éticas desde los tiempos de Florence Nightingale. Muchas escuelas de enfermería han desarrollado teorías sobre los cuidados, debido a su importancia no sólo para la práctica de la profesión, sino también para la existencia de la humanidad. Pero es importante que las enfermeras comprendan que los cuidados están en el centro de la capacidad de la enfermera para trabajar con personas, de forma respetuosa y terapéutica. Los cuidados actualizan un valor muy apreciado de la enfermería: la individualización de los cuidados del paciente.

ENFERMERÍA: Es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de la respuesta humana del individuo, familia y comunidad a procesos vitales (problemas de salud reales o potenciales), así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

La enfermería se constituye en una **ciencia** en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de enfermería.

La enfermería es **arte** por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que la hace ser creativa e innovadora.

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

MODELO. Es un conjunto de ideas relacionadas entre sí y que se pueden expresar por medio de esquemas, símbolos y figuras. Su característica principal es que no se

pueden comprobar a través de la investigación, son abstractos y carecen de simplicidad.

TEORÍA. Es un conjunto de conceptos, definiciones e hipótesis sistematizados de manera ordenada de los fenómenos; estableciendo las relaciones específicas entre conceptos. Su característica principal es que son verificables a través de la investigación dejando caminos abiertos.

PARADIGMA. El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina. Es un elemento transitorio y estratégico para la formación de la teoría. Marriner agrega que el paradigma denota el sistema predominante de filosofía, ciencia y teoría adoptado por una disciplina. Los paradigmas disciplinares se modifican a medida que la disciplina madura en su evolución teórico científica o cuando pierden su razón de ser por inoperancia u obsolescencia.

METAPARADIGMA. Es el nivel de conocimientos más abstracto de todos. Describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina.

Los principales conceptos del metaparadigma enfermero son:

Persona es la receptora de los cuidados enfermeros, tanto estando sana como enferma. A esta persona se la contempla bajo una visión holística (interacción entre los aspectos que la componen: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales) y una visión humanística (ser con recursos y potencialidades).

Entorno comprende los factores interpersonales y las influencias exteriores a la persona.

Salud está al margen de la existencia de la enfermedad. Una persona sana es la que gestiona su vida con autonomía, aun con la mayor de las incapacidades. La salud es la meta del rol profesional.

Enfermería se entiende las actividades, características de la persona que proporciona el cuidado enfermero, siempre en relación interpersonal con el cliente. Las actividades de los seres universales del ser humano.

1.4. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

La enfermería ha venido practicándose como una profesión desde hace más de un siglo, y el desarrollo de las teorías en este campo ha experimentado una rápida evolución en las últimas cuatro décadas para ser reconocido finalmente como una disciplina académica con un cuerpo doctrinal propio.

Enfermería como disciplina depende de la existencia de un conocimiento teórico para todas las áreas. El uso de un modelo Conceptual o Teoría de Enfermería en la atención garantiza que todas las enfermeras compartan igual concepción del metaparadigma e igual lenguaje en la orientación de los cuidados. En este sentido, se trabaja a nivel nacional el proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera) que pretende establecer un lenguaje común. Utiliza el proceso de enfermero como núcleo de la metodología y recoge el paradigma de enfermería.

Para que la aplicación en la práctica de un modelo de enfermería tenga éxito, es necesario que el profesional conozca el modelo teórico (conjunto de modelos abstractos), reflexione sobre éste (modelo mental) y finalmente lo aplique (modelo sustituto).

Según el desarrollo histórico de la enfermería, de mayor a menor nivel de abstracción los modelos y teorías de enfermería se dividen en: Teorías, filosofías, Modelos conceptuales, grandes, teorías de nivel medio.⁸

⁸ Marriner T. A., Raile A. M., Modelos y teorías en enfermería, Cuarta edición. Harcourt, Madrid-Barcelona, 1999, pág 55-64.

Clasificación de Teorías y Modelos de Enfermería

FILOSOFÍAS. Los primeros trabajos en enfermería se basan en el análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos. (Enfermería humanística).		
AUTORA	OBRA	CARACTERÍSTICAS
FLORENCE NIGHTINGALE	<i>Teoría del entorno</i>	Según ella el objetivo enfermero es facilitar los procesos de reparación de una persona controlando el entorno (a través de la ventilación, el calor, la luz, la dieta, la limpieza y el nivel de ruido).
ERNESTINE WIEDENBACH	<i>Teoría del arte de cuidar de la enfermería clínica</i>	Es una teoría filosófica en la que se concibe la enfermería como un arte. La meta de la enfermera es satisfacer la necesidad de ayuda que percibe en el paciente.
VIRGINIA HENDERSON	<i>Definición de enfermería</i>	Hace hincapié en que el cuidado de la enfermera vaya dirigido tanto hacia el individuo sano como al enfermo. El objetivo de sus cuidados de enfermería es lograr que la persona consiga la independencia, ayudándola a satisfacer sus necesidades básicas.
FAYE GLENN ABDELLAH	<i>Tipología de los problemas de enfermería</i>	La enfermería modela las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de cada enfermera en particular conforme al deseo y la capacidad de prestar ayuda a toda la gente.
LYDIA E. HALL	<i>Modelo del núcleo, el cuidado y la curación.</i>	Modelo compuesto por tres círculos concéntricos: el uso terapéutico de yo (aspecto espiritual), el tratamiento dentro del equipo sanitario (aspecto terapéutico), y el componente afectivo (aspecto de cuidados).
JEAN WATSON	<i>Teoría del cuidado humano</i>	Las preocupaciones de la enfermería son, promover y recuperar la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de los enfermos. Los pacientes necesitan una atención integral que fomenten el humanismo, la salud y la calidad de vida.

MODELOS CONCEPTUALES. Las grandes teóricas incluyen distintos aspectos del ser humano, el entorno y la salud.

AUTORA	OBRA	CARACTERÍSTICAS
DOROTHEA E. OREM	<i>Teoría del déficit del autocuidado</i>	La base del modelo de Orem consiste en que las personas necesitan cuidados de enfermería cuando no pueden satisfacer los requisitos de su autocuidado, que son específicos para cada período de su vida.
MYRA ESTRIN LEVINE	<i>Modelo de la Conservación</i>	Formuló cuatro principios de la conservación destinados a ayudar a la persona a adaptarse al medio.
MARTHA E. ROGERS	<i>Modelo de los seres humanos unitarios</i>	El ser humano es un todo unificado que posee su propia integridad y que es más y distinto que la suma de sus partes. El fin de la enfermería es promover la armonía entre el hombre y su entorno; los dos son conjuntos irreductibles que contienen campos de energía infinitos, obteniendo el potencial máximo de salud.
DOROTHY E. JOHNSON	<i>Del sistema conductual</i>	Afirma que el hombre, como sistema conductual, intenta alcanzar la estabilidad y el equilibrio mediante ajustes y adaptaciones con los que logra, hasta cierto punto, un funcionamiento eficiente y eficaz.
SOR CALLISTA ROY	<i>Modelo de adaptación</i>	Concibe al ser humano como un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante y que utiliza: las necesidades fisiológicas, imagen de sí mismo, dominio de su rol y interdependencia como forma de adaptación.
BETTY NEUMAN	<i>Modelo de sistemas de cuidado</i>	Se centra en el estrés y la desaparición del mismo. Se llama modelo de sistemas porque describe al individuo como un sistema estable al que pueden desestabilizar los distintos factores estresantes.

IMOGENE KING	<i>Teoría de la consecución de objetivos</i>	El objetivo de la enfermería es ayudar a los individuos a mantener su salud para que puedan desempeñar sus roles.
TEORÍAS. Se concentran en desarrollar enunciados teóricos que respondan a las preguntas planteadas.		
AUTORA	OBRA	CARACTERÍSTICAS
HILDEGARD E. PEPLAU	<i>Modelo de relaciones interpersonales</i>	Las ciencias de la conducta son la base del modelo de relaciones interpersonales. Da gran importancia a la relación enfermera-paciente y describe las intervenciones enfermeras como procesos interpersonales terapéuticos del paciente.
IDA JEAN ORLANDO	<i>Proceso de enfermería deliberativo</i>	Hace hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. A ambos les afecta lo que el otro diga o haga. Desarrolla cinco conceptos fundamentales interrelacionados: la función de la enfermera profesional, la conducta presentada por el paciente, la reacción inmediata o respuesta interna del enfermero, la disciplina del proceso de enfermería y la mejoría.
MADELEINE LEININGER	<i>Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales</i>	Esta teoría está cobrando cada vez más importancia debido a la gran diversidad cultural que coexiste en la mayoría de los países desarrollados. Es un reto para los profesionales de enfermería adaptarse a esta realidad y ofrecer cuidados de calidad a la población a la que cuidan.
ROSEMARIE RIZZO PARSE	<i>Teoría del desarrollo humano</i>	Es una visión humanista, opuesta a la visión tradicionalmente fisiológica de la enfermería; seguidora de Rogers.

1.5. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El proceso de enfermería, es el método que permite describir, identificar, tratar y evaluar en forma coherente las diferentes respuestas humanas ante un mismo diagnóstico médico. Como instrumento, el proceso es útil para la valoración, establecimiento de objetivos y definición de acciones concretas relacionadas con las actividades de la vida diaria, la educación en salud del enfermo su familia favorecido la relación terapéutica.

Ventajas para el paciente:

Calidad en el cuidado.

Continuidad en el cuidado.

Participación del paciente.

Ventajas para la enfermera:

Alcanzar los modelos de enfermería profesional.

Participación constante y sistemática.

Satisfacción en el trabajo.

Crecimiento profesional.

Evita acciones legales.

Las etapas del (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación; son las bases de apoyo para la amplia estructura de cuidados de enfermería, que ayuda a lograr el mayor potencial de autocuidado.

1.6. PATRÓN RESPUESTA HUMANA

Respuesta humana es un término construido a partir de planteamientos humanistas. A través de las respuestas humanas, enfermería busca unidades de análisis factibles de valorar, diagnosticar y tratar. Cada diagnóstico de enfermería es una respuesta humana.

Este modelo requiere que los datos obtenidos de los enfermeros sean codificados, para ser incluidos luego en una base informática, también requiere que cada disciplina de cuidados que no sean dados por otros miembros del equipo de salud.

Para identificar las etiquetas y el listado de signos y síntomas se basaban en el recuerdo de situaciones de los enfermos, su experiencia clínica y la consulta bibliográfica.

El trabajo del grupo inicial de teóricos y, posteriormente del comité taxonómico de la NANDA dio lugar a los comienzos de una estructura conceptual para el sistema de clasificación diagnóstica. Esta estructura se denomina Taxonomía I de diagnósticos de enfermería de la NANDA, que comprende 9 patrones de respuesta humana:

1.6.1. Patrones de respuesta humana

Elección, seleccionar entre alternativas, la acción de seleccionar o ejercitar preferencias respecto a un tema para el que se es libre; determinar a favor de una dirección.

Comunicación, conversar, impartir, comunicar, o transmitir pensamientos, sentimientos o información, interna o externamente, de forma verbal o no verbal.

Intercambio, ofrecer, renunciar o perder algo mientras a su vez se recibe algo; sustitución de un elemento por otro; algo recíproco de dar y recibir.

Sentimientos, ser conscientes, experimentar sensaciones, aprehensión o sentido; ser consciente o afectarse emocionalmente por un hecho, acontecimiento o estado.

Conocimiento, reconocer, conocer una cosa, una persona; estar familiarizado por la experiencia a través de informaciones en artículos; enterarse de algo a través de la observación, preguntas o información y comprender.

Movimiento, cambiar el lugar, posición de un cuerpo o cualquier miembro del mismo; impulsar a la acción, a hacer algo; tomar iniciativa.

Percepción, percibir con la mente; ser consciente de algo a través de los sentidos.

Relación, conectar, establecer una interrelación, mantener una asociación con otras cosas, personas o lugar.

Valores, ser responsables, cuidar, opinión propia respecto a la simpatía hacia una persona o cosa.

Podemos definir los patrones de hombre unitario como el campo energético del ser humano que se manifiesta por características específicas o partes del hombre unitario (entendido como un todo), esto está representado por los nueve patrones del hombre unitario.

CAPITULO II

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



INSTITUTO MARILLAC A. C.
INCORPORADO A LA UNAM
CLAVE 3033-12

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

2.1. CEDULA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
(PUERPERIO)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: S, Á. G. Edad: 24 años Estado Civil: Separada
Escolaridad: Primaria Ocupación: Hogar Fecha de admisión: 17/04/08 Servicio: Gineco-Obstetricia
Cama: 136 Fecha de elaboración de la cedula: 20/04/09 Diagnóstico médico: Preeclampsia severa
Procedencia: D. F. Fuente de Información: Directa e Indirecta
Motivo de Ingreso: Cefalea, edema en miembros superiores, inferiores y palpebral, acufenos, fosfenos, dolor abdominal, actualmente cursa con 72 horas de puerperio quirúrgico mediato.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: CONOCIMIENTO.

Datos Personales No Patológicos:

Toxicomanías: No Tabaquismo: No Alcoholismo: No

Datos Personales Patológicos:

Cirugías previas: Hernia umbilical y cesárea, Transfusiones Sanguíneas: No Alergias: No
Traumatismos: No Hospitalizaciones previas: 2 Motivo: Por una cirugía de hernia umbilical y una cesárea, Embarazo anterior sufrimiento fetal agudo
Sobrepeso u Obesidad: No Diabetes Mellitus: No IVU: Si Otros: (ETS., Tatuajes, perforaciones) No

Antecedentes Familiares:

Hipertensión: Si (Tía paterna) Diabetes: Si (Tía paterna), Obesidad: No,
Otros (especificar): Ninguno

Antecedentes Gineco-obstétricos.

Menarca: 11 años Ritmo: 28 x 3 Gesta: 2 Para: No Abortos: No Cesáreas: 2
Episiotomías: No la hubo FUM: 14/09/07 Semanas de gestación: 30 semanas
Periodo intergenésico: 11 meses Inicio de vida sexual activa: 16 años
Número de parejas sexuales: 1 pareja. Grupo Sanguíneo de la madre: O Rh+
Grupo Sanguíneo del padre: No se sabe
Tiene conocimientos sobre: Lactancia materna: Si Métodos de planificación familiar: Ninguno
Signos y síntomas de alarma durante el puerperio: No Otros: No

¿Solicita alguna información?: Si ¿Cuál? Sobre sus bebés que están en terapia intensiva, la preeclampsia y solicita ayuda psicológica

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: INTERCAMBIO

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Estado de Conciencia: Alerta

Signos vitales: Cardíaco: Frecuencia: 120 latidos por minuto, ritmo nodal, intensidad fuerte.
Respiratorio: Frecuencia: 16 respiraciones por minuto, Amplitud: Profunda Intensidad: normal. Cuenta con apoyo de oxígeno a 3L x min. por medio de puntas nasales Tensión Arterial: 160/120
Temperatura: 37.9°C

Manifiesta: Acufenos, fosfenos, cefalea.

PIEL. Características de la piel: coloración, hidratación, cicatrices, estrías, varices, cloasma, etc.
Especificar: Palidez generalizada, reseca, caliente, presencia de cloasma en mejillas y nariz, mucosas orales deshidratadas, y con estrías en abdomen.

Edema: Si Clasificación: ++ Localización: Miembros superiores, inferiores, además de presentar edema palpebral

Venopunción: Si Localización: Catéter subclavio, lado derecho, con duración de 5 días.

MAMAS:

Tipo de pezón: Formado Turgentes Si Flácidas: No Galactorrea: Si
Hipersensibilidad mamaria: Si

ABDOMEN:

Altura del Fondo Uterino: Por debajo de la cicatriz umbilical Involución uterina. Si

Características de los loquios: Escasos, color rojo brillante con olor a "carne cruda"

Otros datos: Herida quirúrgica limpia, en proceso de cicatrización, sin datos de infección

TACTO VAGINAL:

Labios mayores edematizados, con sonda Foley a derivación desde hace 5 días

Cervix: Cerrado: Si Abierto:

NUTRICIÓN:

Talla: 1.59 m Peso antes del embarazo: 54K Peso actual: 68K IMC: 26.88

Dieta habitual: Rica en carbohidratos, grasas, baja en proteínas y escasa en frutas y verduras.

Número de comidas en 24 hrs. 2 Cantidad de agua que acostumbra tomar en 24 hrs. 1 L.

Intolerancia alimentaria/alergias: No

Alimentos que no le gustan: Longaniza

Uso de vitaminas: Ácido Fólico durante el embarazo

Dieta indicada por el medico: Dieta blanda 1500 cal. hiposódica e hipercalórica. Con líquidos a libre demanda

ELIMINACIÓN:

Hábito intestinal: Características. Una vez al día, color marrón y formadas

Orina: Características. De 3 a 4 veces por día y es clara, actualmente con sonda Foley a derivación, orina concentrada, espumosa, drenando 30 ml por hora, con control estricto de líquidos.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: COMUNICACIÓN.

Sabe leer: Si Sabe escribir: Si Dificultad para hablar: No En caso positivo ¿Como se comunica?

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: RELACIÓN.

Con quién vive: Papás, hermano e hijo No. de integrantes en su familia: 5 personas

Cambios en su actividad sexual: Separada

Tiene facilidad para relacionarse con otras personas: Si

Cómo canaliza las situaciones de tensión en este momento: Pregunta sobre su patología y expresa lo que siente.

Su estado emocional influye en la relación intrafamiliar: No

Tiene comunicación con sus familiares referente a sus problemas: Si

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: VALOR.

Religión: Católica ¿Sus creencias les generan conflictos personales? No

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: ELECCIÓN.

Acude a consulta medica: Si ¿Cada cuando?: 2 veces durante el embarazo

Servicios de Salud a que tiene derecho: Gratuidad El embarazo fue planeado: No

Existe aceptación hacia el R. N. Si Método de Planificación Familiar que utilizará: O. T. B.

HIGIENE PERSONAL:

Baño: Si Frecuencia: Cada tercer día

Cambio de ropa: Exterior: Si Interior: Si Frecuencia: Cada tercer día.

Aseo Bucal: Si Frecuencia: De 1 a 2 veces al día.

Aseo de manos después de ir al baño: Si

Aspecto general con relación a su higiene: Es una persona que le gusta estar limpia, además ella misma pidió el baño de regadera.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: MOVIMIENTO.

Su estado actual limitará su actividad física cotidiana para llevarlas a cabo: Si, por la herida quirúrgica.

Necesita ayuda para la deambulación: Si; se siente agotada y con falta de energía, además por las molestias ocasionadas por la sonda foley y la bomba de infusión que todavía tiene.

Realiza rutina de ejercicio: No cada cuando nunca

Descansa durante el día: Si cuanto tiempo: Cuando se duerme su hijo 1 hora

Cuántas horas duerme durante la noche: 9 horas

Tiene dificultad para dormir: No ¿Se siente cansada al levantarse? En algunas ocasiones

Utiliza algún medicamento para dormir: No

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: PERCEPCIÓN.

Se siente sensible ante todo después del parto: Si, se siente triste y manifiesta sentimientos de culpa por haberse embarazado lo que ocasionó que su esposo la abandonara

Cual es el concepto que tiene de si mismo: Manifiesta estar "gorda"

Cree que su estado emocional ha cambiado con el embarazo: Si, la paciente llora porque cree que no va a contar con el apoyo de sus padres, siente que no va a poder salir adelante con sus pequeñas.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA: SENTIMIENTO.

DOLOR/MALESTAR.

Tiene dolor en la herida quirúrgica (cesárea): Si

La lactancia materna le causa molestias o dolor: Si, por la congestión mamaria

Siente ansiedad: Si ¿Porque?: No sabe nada con respecto a sus bebés y no los ha podido alimentar. Por otra parte refiere que la doctora del servicio Terapia Intensiva la presionaba para que tomara, todos los días, 2 ½ litros de agua.

ANEXO: EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE Y EL TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL.**LABORATORIOS:****Gasometría Arterial 19 – 04 – 08**

Estudio de laboratorio	Resultado	Cifras normales
PH	7.407	7.35 – 7.45
PCO2	22.3	35 – 45 mmHg
PO2	94.6	75 – 100 mmHg

Química Sanguínea 19 -04 – 08

Estudio de laboratorio	Resultado	Cifras normales
Glucosa	71	70 – 110 mg/dl
BUN	13	7 – 18 mg/dl
Creatinina	0.9	0.6 – 1.3 mg/dl
BN/CR	14.4	12.0 – 20.0

Biometría Hemática

Estudios de laboratorio	Resultados	Cifras normales
WBC	6.84	10 e 3/UL
Neu	5.59	83.2%N
Lym	1.09	16.0%N
Mono	0.33	0.479%M
Eos	0.05	0.80%E
Baso	0.22	319%B
RBC	3.04	10 e 6 UL
HGB	9.37	g/dl
HCT	27.6	%
MCV	90.8	fl
MCH	30.8	pg
MCHC	34.0	g/dl
RDW	14.7	% cv
Hb	10.6	
Hc	31.2	
Leuc	11.600	
Plaq	175 mil	
Glucosa	113	

Eletrólitos séricos

Ca. 6.3
 Ac. Urico 7.2
 Na 127
 K 4.3
 Cl 108

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL

- I. Solución fisiológica 0.9% 1000 p/12 horas
- II. Medicamentos:
 - ◊ Cefotasima 1gr IV c/8 hrs.
 - ◊ Omeprazol 40 mg IV c/24 hrs.
 - ◊ Clexane 40 mg SC c/24 hrs.
 - ◊ Metoclopramida 10 mg IV c/8 hrs.
 - ◊ Metamizol 1gr. c/8 hrs.
 - ◊ Hidralazina 50 mg VO c/8 hrs.
 - ◊ Gluconato de calcio 1gr. IV c/12 hrs.
- III. Dieta blanda 1500 cal. Con líquidos a libre demanda
- IV. Sonda foley a derivación
- V. Control estricto de líquidos

2.2. ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS

RESPUESTA HUMANA ALTERADA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS HISTÓRICOS	DATOS ACTUALES
CONOCIMIENTO			<ul style="list-style-type: none"> ◊ Ha sido intervenida en dos ocasiones por una Hernia umbilical y una Cesárea. ◊ Infección de vías urinarias ◊ En embarazo anterior sufrimiento fetal agudo. ◊ Antecedentes familiares tía con hipertensión y diabetes. ◊ Menarca a lo 11 años, con ritmo regular (28 x3). ◊ Gesta 2. ◊ Cesáreas 2. ◊ FUM 14/09/07. ◊ Periodo Intergenesico 11 meses. ◊ Inicio de vida sexual activa a los 16 Años. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Puerperio quirúrgico mediato. ◊ Actual cesárea gemelar. ◊ No tiene conocimientos de métodos de planificación familiar. ◊ No sabe los signos ni los síntomas de alarma durante el embarazo y el puerperio. ◊ Solicita información sobre sus bebés que están en terapia intensiva y sobre preeclampsia.

RESPUESTA HUMANA ALTERADA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS HISTÓRICOS	DATOS ACTUALES
INTERCAMBIO	<ul style="list-style-type: none"> ◊ FC 120 x min. ◊ TA 160/120 ◊ FR 16 x min. ◊ T 37.9 °C ◊ Palidez generalizada, piel seca y caliente, con presencia de cloasma en nariz y mejillas , mucosas orales deshidratadas y estrías en abdomen ◊ Presencia de edema de ++ en miembros superiores, inferiores y palpebral. ◊ Galactorrea, mamas congestionadas, hipersensibilidad mamaria. ◊ Involución uterina por debajo de la cicatriz umbilical. ◊ Loquios rojos brillantes con olor a carne cruda y estos son escasos. ◊ Labios mayores edematizados. ◊ Peso actual 68 kg. ◊ Talla: 1.59 m. ◊ IMC: 26.88 ◊ Orina concentrada a 30ml por hora. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Cefalea ◊ Acufenos ◊ Fosfenos 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Peso antes del embarazo: 54k ◊ Dieta habitual rica en carbohidratos, grasas baja en proteínas y escasas en frutas y verduras, 2 comidas en 24 horas ◊ Poca ingesta de agua un litro al día. ◊ Uso de vitaminas: Acido fólico. ◊ No le gusta la longaniza ◊ Orina de 3 a 4 veces al día. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Puntas nasales a 3 L x min. ◊ Catéter subclavio trilumen permeable, con 5 días de duración ◊ Sonda Foley de dos vías a derivación. ◊ Dieta blanda de 1500 cal. hiposódica e hiperproteica ◊ Líquidos a libre demanda.

RESPUESTA HUMANA ALTERADA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS HISTÓRICOS	DATOS ACTUALES
RELACIÓN			<ul style="list-style-type: none"> ◊ Estado civil: separada. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Vive con sus padres y un hermano. ◊ Los integrantes de su familia son 5. ◊ Tiene facilidad para relacionarse con otras personas, ya que platica con apertura, pregunta sobre su estado de salud y expresa lo que siente. ◊ Comunica sus problemas a sus familiares.
ELECCIÓN			<ul style="list-style-type: none"> ◊ Sólo acudió a consulta prenatal en dos ocasiones. ◊ Cuenta con gratuidad. ◊ El embarazo no fue planeado. ◊ Se baña cada tercer día. ◊ Cambio de ropa interior y exterior cada tercer día. ◊ Aseo bucal de 1 a 2 veces al día. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Acepta a las recién nacidas. ◊ Método de planificación familiar que utilizará es O.T.B.

ESPUESTA HUMANA ALTERADA	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS HISTÓRICOS	DATOS ACTUALES
MOVIMIENTO		<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se siente agotada ◊ Sin energía 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ No realiza rutina de ejercicio. ◊ Descansa durante el día una hora. ◊ Duerme 9 horas durante la noche. ◊ En algunas ocasiones se siente cansada al levantarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Tiene limitación física por la cesárea que se le realizó. ◊ Necesita ayuda para la deambulaci3n, ya que expresa sentirse agotada y sin energa, adem3s por la sonda foley y la bomba de infusi3n que todav3a tiene.
PERCEPCI3N	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Tristeza ◊ La paciente llora porque cree que no va a contar con el apoyo de sus padres, siente que no va a poder salir adelante con sus pequeas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Sentimientos de culpa. 		<ul style="list-style-type: none"> ◊ Su estado emocional ha cambiado porque expresa que "su pareja la abandon3 por el embarazo y el aumento de peso".
SENTIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Dolor en la herida quir3rgica y mamas. ◊ Congesti3n mamaria. ◊ Ansiedad. No sabe nada con respecto a sus beb3s y no los ha podido alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Preocupaci3n Por otra parte refiere que la Doctora de Terapia Intensiva la presionaba para que tomara todos los d3as 2 ½ litros de agua. 		

2.3. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE: Preeclampsia severa

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Preeclampsia severa. Padecimiento que complica la gestación, presión arterial de 160/110 mm Hg o más después de la semana 20 hasta 30 días post parto, existe proteinuria mayor de 5 gr. en 24 horas, presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos y edema generalizado.

COMPLICACIÓN POTENCIAL: Eclampsia, Síndrome de HELLP y muerte.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTES

INDICACIONES MÉDICAS	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Sol. Fisiológica 0.9% de 1000cc p/12 h 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ En el tratamiento de la depleción del volumen extracelular, deshidratación y depleción de Na. Debido a diuresis excesiva, gastroenteritis o restricción de Na. Para tratar la alcalosis hipoclorémica. En el manejo de la alcalosis metabólica, durante y después de la cirugía para recuperar o mantener el balance hidroelectrolítico. 	8:00 – 14:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se pasa la solución en bomba de infusión para tener un conteo más exacto de los líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le observa a la paciente con mucosas hidratadas. Se entrega al siguiente turno faltando por pasar 500 ml.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Cefotaxima 1g IV c/8 h 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Es un antibiótico bactericida de amplio espectro del grupo de las cefalosporinas de tercera generación. Está indicado en el tratamiento de aquellas infecciones graves por gérmenes grampositivos que sean sensibles al antibiótico: Infecciones ginecológicas. 	6:00 – 14:00 y 22:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se diluye la ampula en 100 ml. de solución fisiológica y se administra en perfusión, durante treinta minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La paciente no presentó reacción adversa del medicamento.

INDICACIONES MÉDICAS	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Metamozol 1g IV c/8h 	<ul style="list-style-type: none"> Analgésico antipirético. Para el tratamiento asintomático de los procesos que cursen con dolor y/o fiebre. 	6:00 – 14:00 y 22:00	<ul style="list-style-type: none"> Se diluye en 50 ml en sol. fisiológica, para media hora. 	<ul style="list-style-type: none"> El dolor disminuyó y la temperatura se mantuvo en 37 °C.
<ul style="list-style-type: none"> Metocloprami da 10 mg I. V. c/8 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Antiemético. Para contrarrestar los efectos del uso de anticolinérgicos, opiáceos, dopaminérgicos. 	6:00 – 14:00 y 22:00	<ul style="list-style-type: none"> Se diluye en una jeringa de 10 cc y se administra de forma lenta por la vía de solución de base. 	<ul style="list-style-type: none"> La paciente no presentó reacción adversa al medicamento
<ul style="list-style-type: none"> Gluconato de calcio 1g IV c/12h 	<ul style="list-style-type: none"> Está indicado para el tratamiento de la tetania por hipocalcemia, en las politransfusiones, pancreatitis, paro cardíaco, edema angioneurótico, tratamiento por envenenamiento por plomo y como complemento en la nutrición endovenosa, hernia inguinal, gastroenteritis erosiva y síndrome de Zollinger-Ellison. 	12:00 y 24:00	<ul style="list-style-type: none"> Se administra en una solución fisiológica de 1000cc en una vía única para esta solución, a una velocidad de 27 gotas por minuto. 	<ul style="list-style-type: none"> Se finaliza el turno con dicha solución faltando por pasar 850 ml.
<ul style="list-style-type: none"> Clexane 40mg subcutánea c/24 	<ul style="list-style-type: none"> Indicado para la enfermedad tromboembólica venosa, en particular la que puede asociarse con cirugía ortopédica o general 	12:00	<ul style="list-style-type: none"> Se aplica el medicamento en el brazo derecho subcutáneo. En la administración de todo medicamento se toman en cuenta los 5 correctos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se pasa el medicamento sin purgarlo.

<ul style="list-style-type: none"> ◊ Hidralacina 50mg V. O. c/8h 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Es un vasodilatador que relaja los vasos sanguíneos, reduce la presión arterial incrementa el suministro de sangre y oxígeno al corazón y disminuye la carga de trabajo del corazón. 	6:00 – 14:00 y 22:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Antes de administrar el medicamento se checa la tensión arterial. Se le da una gragea con un vaso de agua. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Disminuye la tensión arterial a 140/90.
---	--	----------------------	--	---

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Monitorizar signos vitales cada 4horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Para esta patología es importante llevar un registro constante de los signos vitales, ya que estos nos indicarán la gravedad o la mejoría de la paciente. Deben basarse en mediciones confiables, objetivas y gráficas ya que son fenómenos o manifestaciones que se pueden percibir en un organismo vivo en forma de constantes vitales y requieren de exactitud para sustentar la valoración clínica de enfermería; su interpretación oportuna contribuye a decidir conductas de manejo. 	8:00 y 12:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se valoran los signos vitales realizando la técnica correcta, se utilizan las técnicas básicas de inspección, palpación y auscultación para determinarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ 8:00 12:00 ◊ FC:110 FC:93 ◊ FR:20 FR: 19 ◊ T:37.8 T: 37°C
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Monitorizar la tensión arterial cada 2 horas 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El monitoreo de la presión arterial permite valorar el estado hemodinámico del paciente. 	8:00 10:00 12:00 14:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se mide la tensión arterial por medio de auscultación, se usa un esfigmomanómetro de mercurio. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ 160/100 ◊ 160/110 ◊ 160/100 ◊ 140/90

<ul style="list-style-type: none"> ◊ Medir glucosa capilar preprandial 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La glucosa es la principal fuente de energía para el metabolismo celular. Los niveles de glucosa sanguínea se modifican por un equilibrio entre la liberación hepática de glucosa y el aprovechamiento periférico, la temperatura corporal, concentración de insulina y actividad muscular. 	8:00 y 13:00 horas	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Glucosa : 95mg/dl ◊ Glucosa : 110mg/dl 	
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Dieta blanda de 1500 cal. Hiposódica e hiperproteica. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El sodio incrementa la retención de líquidos y por la perdida proteica es necesaria la restauración de la misma. 	8:00 y 13:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se ofrece dieta blanda la cual es rica en proteínas animales y carbohidratos, pero pobre en verduras y frutas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La paciente expresa que tiene mucho apetito y come con agrado y satisfacción.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Control estricto de líquidos por hora. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La preeclampsia presenta reducción del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular, si la oliguria aumenta es un signo de que puede empeorar. 	8:00 a 14:00 horas	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se registran ingresos y egresos en la hoja de enfermería. 	I = 1560 E = 240 El balance es negativo.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Valoración de edema por turno. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se debe a la retención de sodio por disminución de filtración glomerular que provoca salida de líquido del espacio intravascular al extravascular. Valorar el edema: + (1+) Mínimo, edema ligero del área pedial o pretibial. ++ (2+) Edema acentuado de las extremidades inferiores. +++ (3+) Edema de manos, cara (tumefacción de la cara). Pared abdominal inferior y sacro. ++++ (4+) Anasarca con ascitis. 	8:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se inspecciona y palpa la cara (especialmente párpados), dedos, manos, brazos (superficie cubital y muñeca), piernas (superficie tibial), tobillos, pies y área sacra en busca de edema. El signo del Godette se busca haciendo presión sobre las áreas óseas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Presenta edema acentuada en cara, miembros superiores e inferiores de ++.

<ul style="list-style-type: none"> ◊ Cuidados en su higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El baño de regadera permite el arrastre mecánico de microorganismos patógenos, además de proporcionar bienestar. 	10:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le asiste en el baño de regadera y se lava los dientes, se le proporciona bata limpia. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Su piel se encuentra intacta solo se observa resequead.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Lubricación de la piel después del baño. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Además del mayor riesgo de lesión cutánea debido al edema, la pérdida de colágeno perivascular en los vasos pequeños de la piel aumenta la vulnerabilidad a la lesión. Previene la sequedad de la piel, utilizar poco jabón evita la resequead, se recomienda utilizar una loción para hidratar la piel. 	10:30	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se utiliza crema para la hidratación de la piel después del baño. 	
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Animarla a la deambulacón 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Las pacientes al incorporarse y caminar refieren mareos como consecuencia de las perdidas sanguínea y la permanencia en cama, ayudar a la paciente durante la de ambulacón pone en practica el principio básico de enfermería de evitar lesiones ulteriores. 	11:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le acompaña a caminar por el pasillo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Logra caminar aproximadamente durante 5 min. Ya que solicita regresar a su cama por cansancio.

COMENTARIO:

La paciente respondió satisfactoriamente a las indicaciones médicas y de enfermería. Los signos y síntomas presentes reducen a niveles más aceptables; la tensión arterial al final del turno fue de 140/90 en comparación con 160/120 que tenía al inicio, la frecuencia cardiaca bajo a 90 por minuto, la temperatura se mantuvo en 37 °C, con respecto al edema se mantiene sin cambios. La señora S. manifestó mejoría, mayor tranquilidad y comodidad.

Para comprender mejor a los pacientes, la enfermera, tiene que dar atención a lo que hace y a lo que dice; son tan importantes las conductas que parecen ser inconscientes, como aquellas que dependen del pensamiento reflexivo, por tanto para una comunicación afectiva es necesario tratar de comprender qué conductas inconscientes pueden ser expresiones no deseadas.

Es importante que la enfermera mantenga una comunicación efectiva con las personas a las que proporciona atención:

- Identificándose y dirigiéndose con amabilidad.
- Explicándole con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan.
- Favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones.
- Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo y explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.
- Respetando los límites de las atribuciones y responsabilidades señaladas en manuales, normas y políticas institucionales, respecto a la información que corresponde dar a cada integrante del equipo de salud.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Duelo anticipado relacionado con cambios en el estilo de vida: separación de la pareja, muerte de una de sus gemelas y estado de salud de la otra niña por nacimiento prematuro, manifestado por tristeza, llanto, expresiones de culpa con relación al bajo peso de las recién nacidas.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Duelo: Estado en el que un individuo o familia experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva (persona, objeto, función, estatus, relación).

RESULTADO ESPERADO: La señora S. expresará verbalmente su duelo, dará nombre a lo que está sintiendo y describirá el significado que para ella tiene la separación y la muerte.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Propiciar un ambiente de tranquilidad durante el turno. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Un profesional tranquilo y calmado puede transmitirlo a la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> Durante todo el turno. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se habla de forma lenta y tranquila, se conserva una actitud de interés y respeto. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El horario más factible para poder conversar con ella es a mitad del turno.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Fomentar una relación de confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El diálogo franco y sincero puede ayudar a iniciar una solución constructiva de los problemas y puede difundir esperanza. 	<ul style="list-style-type: none"> Durante todo el turno. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Por medio del dialogo la paciente expresa sentimientos de valoración positiva de sí misma. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La señora S. pudo establecer un dialogo abierto y sincero valorando sus capacidades.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Favorecer el proceso de duelo para cada respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La estructura en las etapas (del proceso de duelo) puede crear problemas si la enfermera aplica las etapas de manera general a todas las personas sin tener en cuenta las diferencias individuales. (Culpa) 	<ul style="list-style-type: none"> 11:30 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se da una breve explicación sobre el proceso de duelo dando énfasis a la etapa por la cual está pasando ella. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Ella comprende la etapa de duelo en la que se encuentra.

<ul style="list-style-type: none"> ◊ Crear un medio ambiente terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La reducción al mínimo de los estímulos ambientales puede ayudar a reducir la timidez. 	11:30	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le escucha y se utiliza el silencio terapéutico para animar a la señora S. a afrontar el duelo, estableciendo un ambiente sólido, seguro y privado; se le permite expresar sus sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Tuvo la confianza de expresar su tristeza, y la manifestó llorando.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Ofrecer apoyo y tranquilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El diálogo franco y sincero puede ayudar a iniciar una solución constructiva de los problemas y puede infundir esperanza. 	11:30	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se hace contacto físico tocando firmemente su hombro y se le hace saber que está bien tener sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Manifiesta mayor tranquilidad y seguridad aunque su ojos reflejan tristeza.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Enseñar a la persona cuáles son los signos de resolución. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El afligido ya no vive en el pasado, sino que se orienta hacia el futuro, estableciendo nuevos objetivos. Además rompe los lazos con la persona después de aproximadamente 6 a 12 meses de duelo. Vuelve a mantener relaciones sociales. 	11:30	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le explica que es importante no quedarse en el pasado, sino que debe establecer nuevos objetivos, mantener relaciones sociales. Para poder salir de esa situación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Expresa sentimientos de seguridad y confianza en si misma para cuidar a sus hijas.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Permanecer con ella el mayor tiempo posible. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Son los primeros auxilios psicológicos para controlar sentimientos, minimizar el dolor e iniciar el proceso de resolución. 	Durante el turno	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le ayuda a identificar sus capacidades: ¿Qué es lo que hace bien?, ¿Qué desea hacer para mejorar su vida?, ¿Es la religión una fuente de fuerza para usted?, ¿tiene 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Tiene muchas cualidades y cuenta con el apoyo incondicional de sus papás y hermanos. ◊ Acepta que necesita ayuda

			<p>amigos íntimos? ¿Hacia quién recurre en momentos de necesidad?, ¿Qué hace esa persona por usted?</p> <p>◊ Se le enseñan cuáles son los signos de respuesta patológicas y a dónde acudir si se necesita. (Ayuda psicológica).</p>	<p>psicológica, y tiene deseos de superar las pérdidas y seguir adelante por ella y sus hijos que la necesitan.</p>
<p>◊ Fomentar la fe espiritual.</p>	<p>◊ El hombre necesita creer en un Ser Supremo (Dios) para la alimentación de su alma por medio de la Fe y Esperanza ante la vida.</p>	11:30	<p>◊ Se la habla a cerca de las palabras de la Virgen de Guadalupe, referidas a Juan Diego (No estoy yo aquí que soy tu madre, no estás bajo mi regazo), todo esto fue para ayudarle a depositar confianza en Dios.</p>	<p>◊ La imagen de la Virgen de Guadalupe en la cabecera de su cama, y un rosario que le obsequiaron le ofrecen seguridad simbólica.</p>

EVALUACIÓN:

Se observó mucha disposición y apertura para alcanzar el resultado establecido, la Señora S. pudo expresar verbalmente su duelo reconociendo y aceptando lo que estaba sintiendo y describió lo que para ella significa la separación y la muerte, claro que es demasiado pronto para superar la tristeza pero ella tiene mucha fuerza de voluntad para salir adelante, además cuenta con el apoyo de su familia y tiene su hijo de 1 año y su bebé recién nacida que la necesitan. También manifiesta ser una persona muy católica que tiene mucha fe y esperanza en Dios, considero que eso le da fortaleza y seguridad, también considera la terapia psicológica como una necesidad en estos momentos difíciles de su vida.

“La elección de amar a alguien siempre va acompañada de lo inevitable del sufrimiento. Tarde o temprano llega el rostro del dolor. De improviso el pasado envuelve con sus recuerdos, el presente se llena de soledad y el futuro se perfila lleno de incertidumbres. El dolor, como el amor, tiene sus ritmos: el proceso de curación requiere tiempo, mas el tiempo, por sí solo, no hace milagros.”

Al hacer una evaluación del resultado esperado y de las intervenciones de enfermería planificadas, considero que son adecuadas y es necesario que se lleve un seguimiento por lo menos el tiempo que la persona esté hospitalizada, por lo tanto se sugiere que al personal de enfermería se le mantenga con los mismos paciente el tiempo de su estancia en el servicio, claro si la atención es adecuada y sobretodo humana.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de infección relacionado con presencia de vías invasivas (sonda vesical y catéter subclavio) y herida quirúrgica

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: El estado en que un individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patógeno (virus, hongo, bacterias, protozoos y otros parásitos) de origen externo.

RESULTADO ESPERADO: La persona durante la hospitalización no presentará signos de infección. La paciente demostrará el conocimiento de los factores de riesgo asociados con el riesgo de infección y practicará las precauciones adecuadas para prevenirla.

INTERVENICIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
Enseñar la técnica del lavado de manos.	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Reduce la entrada de microorganismos en el paciente. 	10:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le informa que se debe lavar las manos frecuentemente durante el día. Además se hace la demostración para instruir al paciente y familiares sobre las prácticas asépticas adecuadas para prevenir la infección. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Demostró haber aprendido al lavarse las manos realizando la técnica correcta.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Cuidados a la sonda Foley cada hora. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La capa mucosa permite que células de la vejiga atrapen y engloben a los microorganismos. El PH y la osmolaridad del a orina evitan la multiplicación bacteriana. La capacidad para vaciar completamente la vejiga elimina la estasis de microorganismos invasores y permite una eliminación continuad. 	Cada hora.	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se drena la bolsa recolectora de orina, usando técnicas asépticas manteniendo la bolsa alejada del suelo, pero por debajo de la vejiga o pinzada durante el transporte. Se fomenta la ingesta de líquidos para vaciar la vejiga. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La orina es concentrada. Drenando 30 ml por hora.

<ul style="list-style-type: none"> ◊ Cuidados al Catéter subclavio 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La sangre circulante es el principal vehículo de transporte de los mecanismos de defensa internos. La reacción febril está asociada a pirógenos circulantes y al hipotálamo. 	<p>10:30</p> <p>12:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Curación del catéter con técnica de asepsia y antisepsia. ◊ Se retira catéter subclavio. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Cuidados Herida Quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La piel proporciona una primera barrera de defensa; la discontinuidad de la piel por herida quirúrgica, potencia la infección. 	<p>10:30</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se realiza curación de herida quirúrgica, cambio de gasa y vendaje abdominal compresivo. Al mismo tiempo se valoran los signos/síntomas de infección (enrojecimiento, inflamación, drenaje y dolor). 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La herida se encuentra en proceso de cicatrización, sin datos de infección.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Realizar curva de temperatura cada 4 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La fiebre auténtica resulta de una alteración en el punto fijo hipotalámico. Los pirógenos, como bacterias y virus provocan un aumento de la temperatura corporal. Disparando el sistema inmune. Se producen más células blancas para ayudar a fomentar la defensa del organismo contra la infección. 	<p>8:00 y 12:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se valora la temperatura axilar y se controla aplicando medios físicos por presentar picos febriles. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se logró mantener la temperatura en 37 °C.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Mantener un medio ambiente limpio. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La unidad del paciente en condiciones optimas de limpieza disminuye el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias. 	<p>10:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se realiza cambio y tendido de cama. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊

<p>◊ Proporcionar educación sobre los cuidados que debe tener en la herida quirúrgica y cómo detectar signos de infección.</p>	<p>◊ La educación es la base para que se sigan determinados patrones de conductas que resulten benéficos para la salud. La nutrición influye en la síntesis de proteínas y la fagocitosis, disminuyendo la vulnerabilidad del cuerpo a la infección.</p>	<p>10:30</p>	<p>◊ Se le da información sobre la importancia de la higiene de la herida. Mantenerla limpia y seca. Se le informa que una dieta rica en calorías y proteínas para favorecer la cicatrización.</p>	<p>◊</p>
--	--	--------------	--	----------

EVALUACIÓN:

La paciente se mantuvo sin datos de infección. En todo momento la enfermera debe usar medidas asépticas para prevenir infecciones: Se debe proveer lo necesario para que se lleve a cabo una buena manipulación y desecho de los productos orgánicos (p. ej., orina, heces, vómito, secreciones respiratorias, drenajes a partir de las heridas y de las cavidades orgánicas). Debe efectuarse un lavado de manos eficaz. Todo el equipo que se utilice en el cuidado de los pacientes debe estar limpio. El equipo que se utilice por los diferentes pacientes, debe desinfectarse adecuadamente o esterilizarse después de que se ha utilizado, o usar desechable siempre que sea posible. Deben utilizarse métodos eficaces de desinfección y esterilización. Se deben utilizar únicamente equipo y soluciones estériles en el cuidado de los pacientes en los que se están tratando partes del cuerpo que normalmente deben estar libres de crecimiento microbiano. Deben utilizarse técnicas especiales.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA: Ansiedad relacionada con preocupación por sus gemelas recién nacidas manifestado por preguntar mucho por el estado de salud de las niñas, tensión arterial entre 160/120 y 140/90, frecuencia cardiaca entre 120 y 90 x min.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Ansiedad, estado en que el individuo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y actuación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

RESULTADO ESPERADO: La paciente logrará afrontar y reconocer su propia ansiedad a través de que exprese un aumento en su bienestar psicológico y fisiológico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Proporcionar seguridad y bienestar 	<p>El hecho de proporcionar apoyo emocional y fomentar la participación puede ayudar a la persona a esclarecer y expresar verbalmente sus temores, permitiendo a la enfermera aportar esfuerzos realistas y seguridad.</p>	12:00 a 13:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se permanece junto a la paciente para brindarle seguridad y tranquilidad. ◊ No se le exige que tome decisiones en ese momento. ◊ Habla lenta y tranquilamente. ◊ Se le transmite comprensión. ◊ Se respeta su espacio personal. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Observe que la paciente mostraba interés al momento de dialogar, manifestaba seguridad y confianza y de esta manera fluía el dialogo.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Apoyar sus mecanismos actuales de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La expresión verbal permite la comunicación y proporciona a la enfermera la oportunidad de corregir los conceptos erróneos. 	8:00 – 14:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le permite llorar, hablar, sin discutir sus defensas o razonamientos. Se le invita a que hable de sus inquietudes, para ser consciente de sus preocupaciones y temores, se informa que es sano hablar, gritar, llorar en el momento oportuno y lugar adecuado, pero siempre buscando una mejor solución. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Es capaz de manifestar su angustia a través del llanto, por lo que manifiesta tranquilidad y paz.

<ul style="list-style-type: none"> ◊ Disminuir la estimulación sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ 	<p>8:00 – 14:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se proporciona un ambiente tranquilo y no estimulante; luz tenue. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La paciente se encontraba en una habitación sola y esto favoreció a tener una comunicación de gran confianza.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Instruir en el uso de técnicas de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Las técnicas de relajación fomentan la sensación de control sobre la respuesta de su cuerpo al estrés. 	<p>8:00 – 14:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le enseña a relajarse a través de su respiración, se le solicita que inspire suave, lenta y profundamente y que sienta como entra el aire a través de la nariz y como se expande en todo su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ El ejercicio le provocó bostezos lo cual indica que se pudo relajar.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Informar sobre el estado real de su bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Cuando la ansiedad haya disminuido lo suficiente como para permitir el aprendizaje, ayudar a la persona a tomar conciencia de su ansiedad para iniciar el aprendizaje o la resolución del problema. 	<p>13:00 – 14:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le comunica sobre el estado de su bebé y se le invita a compartir cómo se siente, se le permite que externe sus dudas e inquietudes y cuales sus planes al salir del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Sólo una respuesta se obtuvo: “continuar viviendo”.

EVALUACIÓN:

La ansiedad disminuyó, la paciente se mostró tranquila y estable durante el turno.

La ansiedad se refiere a los sentimientos surgidos por una amenaza no específica a la seguridad que tiene impacto en la salud, bienes, valores, entorno, funcionamiento del rol, cobertura de las necesidades, logro de objetivos, relaciones personales y sensación de seguridad.

La situación de hospitalización, ya por sí sola, genera un elevado índice de ansiedad en los pacientes. Más aún si éstos van a ser sometidos a una serie de técnicas, o existen complicaciones, como es el caso de la sra. S. Tradicionalmente, la ansiedad del paciente ha sido considerada como algo colateral, ajeno a los cuidados y que, por lo tanto, solo debe ser disminuida como entidad global. Sin embargo, desde hace unos años se vienen tipificando los distintos diagnósticos de Enfermería posibles, y la ansiedad es considerada como tal, por tratarse de un problema que puede solucionarse con acciones de Enfermería.

El personal de enfermería debe estar capacitado para diagnosticar la ansiedad y planificar acciones que la hagan disminuir o desaparecer, sabiendo integrar este aspecto dentro del plan general de cuidados de un paciente. Para diagnosticar y valorar la ansiedad el equipo de Enfermería de un centro puede unificar criterios y tomar alguno de los cuestionarios existentes para tal fin, que les permitan valorar de forma rápida y sencilla el nivel de ansiedad.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de conocimientos sobre su enfermedad y los métodos de planificación familiar manifestado verbalmente por la paciente y periodo intergénésico de 11 meses.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Estado en el que el individuo o grupo experimenta o está en riesgo de experimentar un trastorno en la salud debido a un estilo de vida insano o falta de conocimientos para manejar una situación.

RESULTADO ESPERADO: La señora S. expresará verbalmente cuales son los signos y síntomas y principales cuidados de su enfermedad, además definirá qué método anticonceptivo usará y sus ventajas y desventajas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	HORA	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Brindar información clara y sencilla sobre la preeclampsia. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Si la paciente comprende el proceso de su enfermedad y sus posibles complicaciones se animará a seguir los cuidados para conservar la salud. 	9:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le proporciona información comprensible y sin términos técnicos acerca de la preeclampsia, sus signos y síntomas, principales cuidados, se usan frases cortas y sencillas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La paciente se mantuvo atenta durante la información que se proporcionó, aportando sus puntos de vista.
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Educación sobre planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La educación es el conjunto de acciones y de las influencias ejercidas voluntariamente por un ser humano sobre otro ser humano 	9:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se le invita a participar en la exposición sobre el tema de métodos de planificación familiar, que se impartirá en los diferentes cubículos del piso. ◊ Se permite la discusión sobre el método que más le conviene para prevenir otro embarazo de alto riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La plática se la impartí en su cubículo, porque todavía estaba en reposo. ◊ Se le deja en libertad de decidir sobre el método de planificación familiar, decidiéndose por el DIU.

<ul style="list-style-type: none"> ◊ Hacer promoción sobre estilos de vida saludables 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. 	13:00 a 14:00	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Se orienta sobre una alimentación balanceada. ◊ Se le informa sobre la importancia de realizar ejercicio, como la caminata por lo menos 20 minutos diario. ◊ Se le dice que también la recreación, el trabajo, y el descanso son muy importantes para mantener buena salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Estuvo muy motivada en todos los temas que se le presentaron. Además manifestó agradecimiento por la información que se le brindo y por la amabilidad en el trato.
--	---	---------------------	---	--

EVALUACIÓN:

La falta de conocimientos puede ser causa de enfermedades que se pueden prevenir por medio de la promoción y educación para la salud de parte del personal de enfermería, sin embargo se requiere de la participación de la persona para que dichas acciones se pongan en práctica.

Las actividades que se planearon para el mantenimiento de la salud de la señora S. requieren no sólo de una escucha atenta sino realmente tener decisión de llevarlas a la práctica. En cuanto al resultado esperado, la paciente después de la plática fue capaz de describir los cuidados que debe tener, con referente al método de planificación familiar, no le dieron la oportunidad de decidir, en la cesárea, los médicos aprovecharon para realizarle la O. T. B.

Y en relación a la promoción de estilos de vida saludable, se requiere de mucha coherencia de parte del personal sanitario para que las personas se comprometan y se responsabilicen de su salud. “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada un de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

CONCLUSIÓN

Ser profesional de enfermería, hoy y en el futuro, no implica solamente el conocimiento de una serie de técnicas y habilidades, sino que supone cada vez más un saber cuidar a las personas, esto es, comprender las respuestas humanas del paciente, sus motivaciones, sus deseos, sus sentimientos, sus emociones, etc., dicho aspecto se toma en cuenta para el desarrollo de este proceso que tuvo como objetivo... conocer y entender los diagnósticos de enfermería como respuesta humana de la paciente con preeclampsia severa.

Es importante que las enfermeras tengamos una buena preparación y un buen conocimiento teórico sobre los cuidados de enfermería en la preeclampsia, ya que al tener contacto con este tipo de pacientes mejorará sensiblemente no sólo la asistencia ofrecida al paciente, sino también la calidad y cantidad de información que pueda proporcionar la enfermera para tratar la incertidumbre, la culpa, el temor, la ansiedad y la desesperanza. Aunque los temores pueden estar bien fundados, disminuyen cuando se entabla una relación de comunicación efectiva de enfermera-paciente.

No hay duda que cualquier persona que sufre una enfermedad obliga a una modificación en su estilo de vida; además desde el punto de vista psicopatológico el diagnóstico de preeclampsia severa repercute en aspectos cognoscitivos y emocionales del paciente. Las enfermeras se benefician de una valoración o base de datos estructurados con los que puedan determinar el grado de afección para determinar los diagnósticos de enfermería, tomando en cuenta la capacidad del paciente y su familia para realizar un plan de cuidados adecuados que les permita afrontar la situación de salud. El presente proceso permitió identificar los diagnósticos de enfermería por medio de una valoración estructurada para tal objeto y permitiendo lograr proporcionar intervenciones de enfermería encaminadas a la mejoría de dichos problemas con la finalidad de desarrollar una comprensión de las intervenciones más efectivas para la paciente con preeclampsia y para trabajar en el desarrollo de una atención integral y efectiva.

Se debe considerar también que la comunicación es un factor esencial en la relación enfermera – paciente, pero esta comunicación debe ser no sólo de emisor/receptor, sino una comunicación interpersonal (en un nivel emocional).

Esta comunicación interpersonal se refiere a que la relación se da entre dos personas “distintas”, el paciente y la enfermera, que tienen antecedentes, conocimientos, cultura y posiblemente, valores diferentes pero que permiten comprender los sentimientos y pensamiento del otro, esta comunicación se basa en el reconocimiento de la otra persona diferente a uno mismo, pero no por ello incomprensible, la diversidad existe y como tal se debe aceptar incluyendo aceptar al otro individuo tal como es interpenetrante en una relación cordial, de entendimiento y de reconocimiento mutuo.

Dentro de la comunicación interpersonal se ubica la empatía que es una habilidad comunicativa, esta consiste en producir de manera precisa el ánimo y los sentimientos de los otros. Quien emplea la empatía observa tanto la situación como el comportamiento de las personas, y con base en sus observaciones infiere sus sentimientos. Por lo tanto la afirmación de “es una persona con mucha empatía” se traduce como “entiende como me siento y se comunica conmigo de manera recompensante”.

El personal de enfermería en todo momento causa impacto personal mediante su comunicación. Por ello se requiere de competitividad profesional y de múltiples habilidades para una relación armónica en la relación enfermera – paciente.

A menudo el cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino, estando presente, son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud, por tanto el papel de las enfermeras consiste en hacer posible la acción personal.

SUGERENCIAS

Las habilidades que el personal de enfermería debe desarrollar para una comunicación interpersonal efectiva, son entre otras:

1. Comportamiento visual.- Es la habilidad más importante en el impacto personal, va más allá de una mirada casual y requiere de atención. Lo conveniente es dirigir la mirada directamente a los ojos de la persona durante el tiempo que interactúa con ella.
2. Postura y movimiento.- La confianza generalmente se expresa a través de una excelente postura. La recomendación es mantener erguida la parte superior del cuerpo. Tome en cuenta que puede desviar la energía de la comunicación mediante un lenguaje corporal inapropiado, el cual puede ser interpretado como falta de interés hacia el otro y por lo tanto propiciar el distanciamiento. No separe la comunicación de la energía, úsela de forma natural y positiva para eliminar la barrera física, entre usted y los demás. El movimiento aumenta la energía, refleja la confianza y da variedad a la comunicación.
3. Gestos y expresión.- Para comunicarse con efectividad debe relajar lo más posible los músculos de su cara. Averigüe cómo la ven los demás cuando está bajo presión. Sonría, algunos estudios demuestran que una persona que tiene una sonrisa natural es percibida como abierta y amigable.
4. El vestir y el aspecto.- Las personas causan una impresión inmediata y fuerte con sólo verlas cinco segundos. Algunas recomendaciones para desarrollar la habilidad de causar una buena impresión son:
 - a. Sea empática (o) con los pacientes, no haga a un lado lo que ellos esperan obtener de usted.
 - b. Cuide su forma de vestir, la apariencia de comodidad refleja tranquilidad y confianza.
 - c. El uniforme es una forma de identidad para los pacientes, las características del mismo reflejan valores como: responsabilidad, limpieza, confianza, tranquilidad, por tanto no debe combinarse con accesorios de vestir que se utilizan en otras ocasiones.
5. Voz y variedad vocal.- La voz es una herramienta valiosa para el trabajo de enfermería, puede transmitir: confianza, seguridad, energía, emoción y entusiasmo al paciente. El tono y la modulación del sonido pueden determinar la efectividad en el mensaje, el tono puede reflejar el estado de ánimo.
6. El lenguaje.- Un lenguaje sencillo ayuda a clarificar el mensaje y profundizar en la esfera psicológica. Resulta importante seleccionar las palabras que habrá de utilizar para dirigirse a los pacientes. Un lenguaje demasiado técnico o rebuscado sólo logrará confundir y entorpecer la comunicación. Siempre deberá solicitarle al paciente que le

repita el mensaje que usted le dio, para identificar el nivel de comprensión e interpretación de sus palabras.

7. La atención.- Cuando intente atraer la atención del paciente, considere el nivel intelectual, padecimiento, edad, estado emocional y otras situaciones que pudieran interferir con el grado de concentración requerida.
8. El buen humor.- Es una habilidad que se puede desarrollar. Es una herramienta para infundir ánimo a los pacientes. Implica respeto ante costumbres y hábitos, se trasmite y despierta en los que lo rodean la sensación de bienestar.
9. Naturalidad.- Una expresión corporal espontánea se liga con la confianza y capacidad de atender.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smeltzer S. C., Bare B. G., Enfermería Medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Vol. II, 10ª edición, Mc Graw-Hill, México, 2004.
2. Secretaría de Salud, Prevención, diagnóstico y manejo de preeclampsia/eclampsia, Lineamiento técnico, 2002.
3. Ortega V. C., Suárez V. M., Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería, estrategias para su aplicación, 1ª edición, Panamericana, México D.F. 2006, Pag. 1- 9.
4. Zueras B. P. Universidad Panamericana
(<http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1742>)
5. Díaz A. P., Mézcua N. S., Canales M. J., Romero G. P. J., Manual Cuarto de Enfermería tomo I, 4ª edición, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, España, 2006, pág. 155.
6. Marriner T. A., Raile A. M., Modelos y teorías en enfermería, Cuarta edición, Harcourt, Madrid-Barcelona, 1999. pp 55-64
7. Diccionario Mosby
8. Cardenito L. J., Diagnósticos de Enfermería, 9ª. Edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 2002.
9. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S., Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones, Elsevier España, Madrid, 2004.
10. Ackley B. J., Ladwig G. B., Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados, 7ª edición, Elsevier Mosby. Madrid. España 2007.
11. Wilkinson J. M., Ahern N. R., Manual de diagnósticos de enfermería, 9ª edición, Pearson prentice Hall, Madrid, España 2008.
12. Alfaro LeF. R., Aplicación del Proceso Enfermero, Guía paso a paso, 4ª edición, Masson, Barcelona-España 2002. Pág. 4-6
13. Olds S., London M., Ladewig P., Enfermería maternoinfantil, 4ª edición, McGraw-Hill interamericana, México, 1997.
14. Potter P., Perry A., Fundamentos de enfermería vol. I, 5ª edición, Elsevier Mosby, Madrid, España 2002.
15. Nordmark M. T., Rohweder A. W., Bases científicas de la enfermería, 2ª edición en español, El manual moderno, México, D. F., 2001, pág. 483-488

16. Ramírez A. F., Obstetricia para la enfermera profesional, El manual moderno, México, D. F. 2002, pp. 219-228
17. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, Thomson PLM, Edición 49, México 2003.
18. Revista CONAMED, Vol. 13, Suplemento 1, 2008.
19. Kerouac S. El Pensamiento Enfermero. Brcelona. Masson; 2005. pag. 42-6
20. www.up.educ.mx/default.aspx.historiadelaenfermeria
21. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000100003&script=sci_arttext
22. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion1.htm>
23. <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/3ESO/apararep/image/genfemex.jpg>

CAPITULO III

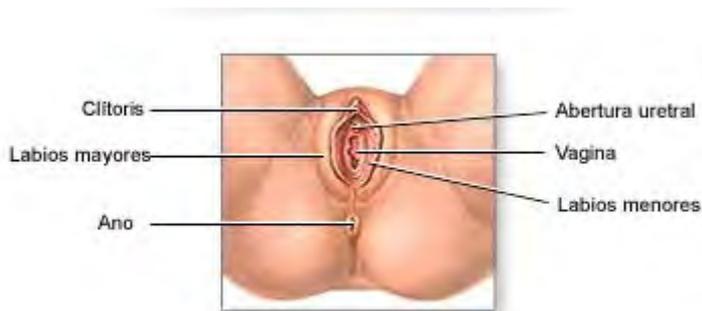
ANEXOS

3.1. ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Genitales externos

Monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario, glándulas de Skene, introito vaginal, glándulas de Bartholin, himen y periné

El siguiente esquema representa la anatomía del aparato genital femenino externo:



Genitales internos

1. **Ovarios.-** Tienen la misión de producir óvulos o gametos y la secreción de hormonas: estrógenos, progestágenos y andrógenos. Permanecen activos desde la menarquía hasta la menopausia. Compuesto por 2 zonas: capa cortical y capa medular. En la capa cortical están los folículos que constituyen la dotación germinal. En la capa medular hay células hiliares.
2. **Trompas de Falopio.-** El recorrido va desde el ángulo superoexterno del útero hasta situarse libre encima del ovario. Su función principal es transportar el ovocito, fecundado o no, hasta la cavidad uterina. Se distinguen 3 zonas: intramural o intersticial en contacto con el útero, ístmica y ampular donde se produce la fecundación.
3. **Útero.-** Es un órgano único, hueco, situado entre la vejiga y el recto y formado por tres capas: serosa peritoneal, miometrio y endometrio; se compone de dos porciones cuerpo y cuello, ambas separadas por el istmo. El endometrio es la capa interna del útero y se caracteriza por descamarse cada 28 días aproximadamente, debido a una privación hormonal del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico, dando lugar a la menstruación.

Capas del útero:

- Externa, serosa o perimétrio. Forma parte del peritoneo visceral que recubre incompletamente el útero. El cérvix no está recubierto, lo que permita la

cirugía uterina sin tener que perforar el peritoneo. Lateralmente forma dos anchos pliegues que forman los ligamentos anchos uterinos y posteriormente cubre el recto y forma un profundo saco llamado fondo de saco rectouterino o saco Douglas.

- Intermedia o miometrio.
- Interna o endometrio. Se compone de:
 - Capa superficial o estrato compacto.
 - Glándulas endometriales o estrato esponjoso, que segrega moco.
 - Estroma endometrial o estrato basal formado por tejido conjuntivo.

Durante la menstruación, la llamada capa funcional (estrato compacto y esponjoso) se descama y pierde espesor.

El istmo se extiende entre el cuello y el cuerpo; Fuera de la gestación carece de importancia, pero en ella alcanza un notable desarrollo, constituyendo el segmento inferior.

Cuello.- Con forma cilíndrica, la extremidad inferior se protuye en vagina denominándose portio, ectocervix y hocico de tenca, con epitelio escamoso poliestratificado. El endocervix tiene epitelio cilíndrico.

El útero, las trompas y el tercio superior de la vagina, se forman de los conductos de Müller.

Sistema de sostén del útero: músculo elevador del ano y diafragma urogenital.

Sistema de suspensión del útero: retináculos del útero o ligamento de Martín.

Sistema de orientación del útero: ligamento redondo y ligamento ancho.

Inervación por el sistema nervioso vegetativo autónomo a través del simpático y del parasimpático.

Irrigación por la arteria uterina (rama de la arteria hipogástrica) y por la arteria ovárica (rama abdominal).

4. **Vagina.-** es una cavidad virtual que pone en contacto el cuello uterino con el exterior. Sus funciones son: órgano que permite la penetración, porción inferior del canal del parto, canal de expulsión de secreciones y flujo.

Pelvis

Formada por 2 huesos coxales, el sacro y el cóccix.

Internamente está dividida en dos partes por línea innominada; la pelvis mayor con las vísceras abdominales y la pelvis menor, verdadera u obstétrica.

El sacro consta de 5 vértebras; en la primera está el promontorio, prominencia que se forma al articularse con la última vertebra lumbar.

El cóccix tiene la facultad de poder retropulsar hacia atrás en el momento del parto, para así ampliar los diámetros de la pelvis.

La arcada pubiana la constituyen el borde inferior de ambos pubis y ramas isquiopubianas.

En la pelvis menor se distinguen 3 zonas:

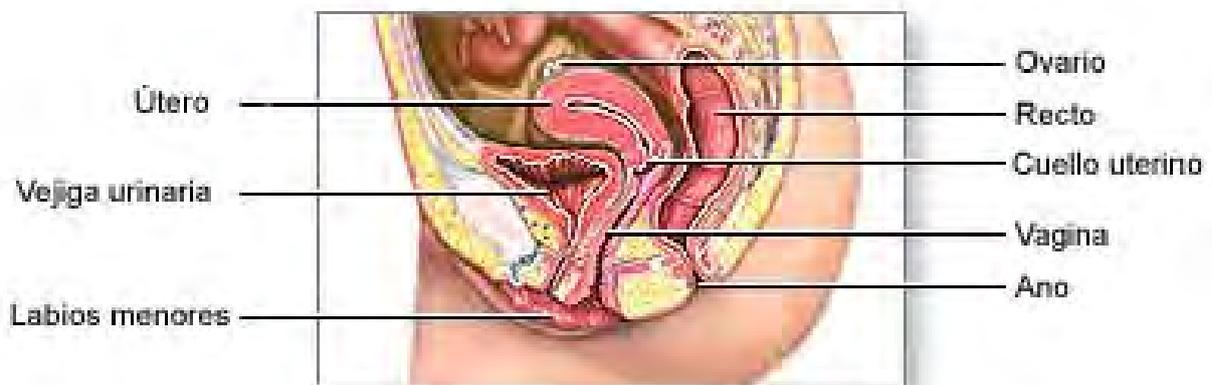
- Estrecho superior. Es el límite superior de la pelvis menor. Los diámetros más importantes son: el conjugado obstétrico o promonto retropúbico que va del promontorio a la cara posterior del pubis y el diámetro transversal máximo.
- Excavación.
- Estrecho inferior.

Mamas

Están situadas en el tórax, sobre los músculos pectorales. Su principal función es la secreción láctea. Para que esta se lleve a cabo son necesarias tres fases: mamogénesis (crecimiento y desarrollo mamario), lactogénesis (secreción láctea) y lactopoyesis (mantenimiento y transporte de la leche).

3.2. FISIOLÓGÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

El ciclo genital femenino tiene una duración media de 28 días, aunque se considera normal entre 21 y 35 días. Se divide en 3 fases: hemorrágica o menstrual, proliferativa y secretora. El día que comienza el sangrado menstrual lo consideramos el día 1 del ciclo. Entre los días 1-3 tiene lugar la menstruación o fase hemorrágica. A partir del día 4 comienza la fase proliferativa, que durará hasta la ovulación, el día 14 del ciclo, y a partir de ahí comienza la fase secretora, que terminará cuando comience la fase menstrual del siguiente ciclo.



Hormonas hipotalámicas

El hipotálamo produce GnRH (Hormona Reguladora de la secreción de las Gonadotropinas FSH y LH). Esta GnRH hipotalámica estimula en la hipófisis la producción de las gonadotropinas (LH y FSH). La liberación se produce de manera pulsátil, de tal forma que los pulsos lentos sobreestiman FSH, los rápidos sobreestiman LH.

Oxitocina.- Hormona que se sintetiza en el hipotálamo y se almacena en la hipófisis. La acción principal la ejerce sobre el útero gravídico, produciendo contracción de la fibra muscular. Asimismo juega un papel importante en la expulsión de la leche durante la lactancia.

Hormonas hipofisarias

Cuando la GnRH llega a la hipófisis anterior (adenohipófisis), estimula la producción de FSH y LH.

- **FSH:** estimula el crecimiento de folículos en la capa granulosa del ovario y la producción de estrógenos.
- **LH:** estimula la zona del ovario llamada teca, que produce andrógenos. El pico de LH estimula la ovulación.

Prolactina. Hormona hipofisaria, cuya acción fundamental es actuar sobre la mama desencadenando la lactancia. Unos niveles altos de prolactina inhiben la secreción pulsátil de la GnRH, dando lugar a anovulación.

Hormonas ováricas

Estrógenos.- Se producen básicamente en el ovario desde la menarquía hasta la menopausia. También se producen, pero en menor cantidad, en las suprarrenales y en la grasa (por un proceso de aromatización). Durante la gestación, la placenta es el principal productor de estrógenos.

Progéstágenos o Gestágenos.- Hormona ovárica entre cuyas funciones destacan la maduración del endometrio, preparación de las mamas para la lactancia y elevación de la temperatura corporal a partir de la ovulación. En el miometrio de la mujer gestante reduce la contractilidad de las fibras miometriales y disminuye la cantidad de moco cervical. Durante la gestación, es la placenta quien los produce.

Andrógenos.- Hormona ovárica, secretada principalmente por el tejido estromal generado por las células de la teca. No intervienen en el ciclo ovárico ni endometrial.

Ciclo uterino

1. **Fase proliferativa.-** Se produce un crecimiento glandular en el endometrio uterino, provocado por el estímulo estrogénico.
2. **Fase secretora.-** Se produce la maduración de las glándulas y el estroma endometrial, debido a la producción de progesterona y también de estrógenos. Al final de esta fase, si no ha habido fecundación, se producirá la secreción de este tejido endometrial.

Ciclo ovárico

Los ovarios contiene aproximadamente unos 500 000 folículos primordiales cuyo desarrollo está inhibido durante la infancia. En la pubertad empieza a funcionar el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal con secreciones pulsátiles de GnRH que va a estimular el inicio del desarrollo de los folículos. Sólo 400 de ellos llegarán a ovular a lo largo de la vida fértil de la mujer. El ciclo ovárico tiene 2 fases:

- **Fase folicular:** La FSH estimula el desarrollo de varios folículos primordiales que se convierten en primarios.

El folículo primario está formado por el ovocito o célula germinal y una capa de células de granulosa engrosada por acción de esta hormona. Entre ambos hay una cavidad central rellena de líquido que se llama antro.

Varios folículos primarios se convierten en secundarios, cuya capa de granulosa, ya muy desarrollada, segrega estrógenos (el más importante el 17 b estradiol). Solo un folículo secundario llegará a convertirse en folículo terciario o de De Graaf, los demás se convertirán en folículos atrésicos.

El folículo de De Graaf tiene una zona de acumulación de células de granulosa que se proyectan hacia el interior del antro. Dentro de esta acumulación se sitúa el ovocito. El grupo de células que, por un lado, forman cuerpo con la capa de granulosa y por el otro extremo hacen relieve en el antro, se denomina disco ooforo. La hilera de células de la granulosa que están en contacto inmediato con el ovocito se llama corona radiada. Entre el ovocito y la corona radiada existe la membrana pelúcida.

A continuación, por acción de la LH, tiene lugar la ovulación. Se rompe la pared del folículo para permitir la salida del ovocito y así poder ser fecundado.

- **Fase lútea:** El folículo de De Graaf se transforma en cuerpo lúteo o amarillo y sus capas de teca segregan progesterona en espera de una posible fecundación del ovocito. Si esto es así, se convertirá en cuerpo lúteo gravídico y continuará la secreción de progesterona. Si no hay fecundación se transforma en cuerpo albicans y cesa la secreción de progesterona. Por privación hormonal se producirá la menstruación.

3.3. EMBARAZO MÚLTIPLE

El término gestación múltiple, se refiere al desarrollo simultáneo de dos o más fetos, esos embarazos generalmente presentan más complicaciones que los nacimientos con un producto único. Este estado patológico, es una situación de riesgo dentro del proceso reproductivo, tanto para la madre como para el feto por las siguientes razones:

En las gestaciones múltiples hay una elevada tasa de **productos prematuros**, desnutridos y con bajo peso y a esto se agregan, la frecuente inmadurez, la asfixia, el síndrome de dificultad respiratoria, la parálisis cerebral y el subsecuente retardo mental: desde el punto de vista materno, se presentan ciertas complicaciones que dificultan el tratamiento de la gestación múltiple.

Complicaciones del embarazo gemelar:

En estos casos, el aborto es tres veces más frecuente y por otro lado la **prematurez** aumenta la mortalidad perinatal además el crecimiento de cada gemelo es más lento después de la semana 28. Generalmente la duración promedio del embarazo gemelar es de 37 semanas, pero 20% de ellos no alcanza la semana 36.

La **preeclampsia**, incluida la **eclampsia**, es tres veces más frecuente que en el embarazo único y también la anemia, el polihidramnios y las malformaciones congénitas fetales.

3.4. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Definición

Enfermedad hipertensiva aguda de la gestación, del puerperio o de ambos, a la que en su fase sin convulsiones se le da el nombre de preeclampsia y en su periodo convulsivo el de eclampsia. De acuerdo con esta definición la preeclampsia y la eclampsia son etapas de un mismo padecimiento.

Epidemiología

Los trastornos hipertensivos durante la gestación; son la primera complicación médica en muchos países del mundo, constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fatal y neonatal.

La frecuencia que se reporta muestra gran variabilidad y sus valores oscilan de 12 a 22%, cifras semejantes a las registradas en nuestro país. La preeclampsia/eclampsia origina el 70% de los estados hipertensivos, y el 30% lo representan pacientes con hipertensión crónica pre existente durante el embarazo.

En el año 2000 el Sistema Nacional de Salud de México reporta 466 defunciones por trastornos hipertensivos durante la gestación, ocasionando un 35.17% de las causas de mortalidad materna.

Etiología

La naturaleza exacta del acontecimiento primario que causa la preeclampsia/eclampsia sigue siendo desconocida. Se considera de origen multifactorial, incluyendo alteraciones placentarias, vasculares, genéticas, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas, inmunológicas, o mixtas a las que se suman factores culturales, sociales, económicos y geográficos.

Su etiología sigue siendo un misterio sin resolver, aunque parece ser multifactorial se distinguen:

1. **Factores placentarios.-** La preeclampsia es un síndrome que aparece exclusivamente en el embarazo y necesita que haya placenta para producirse. Está relacionado con un defecto en la placentación y un fallo en la reorganización de las arterias espirales. Este fallo en la placentación puede ser

de origen inmunológico o bien secundario a un excesivo tamaño de la placenta (gestación gemelar y enfermedad trofoblástica gestacional).

2. **Factores maternos.-** Predisponen a esta enfermedad la edad mayor de 40 años, la raza negra, la primiparidad, vasculopatías.

Según la patología previa, el padecimiento se puede dividir en toxemia impura, cuando la paciente tiene antecedentes positivos de hipertensión arterial crónica, de diabetes mellitus o de nefropatías previas y la sintomatología se presenta generalmente antes de la semana 34 del embarazo; en cambio, la toxemia pura, se presenta generalmente después de la semana 34 y la paciente no tienen los antecedentes mencionados.

Clasificación de trastornos hipertensivos durante el embarazo.

A. Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo

Preeclampsia leve.- Presión arterial de 140/90 mm Hg o más, o elevación de 30 mm Hg, en la sistólica y 15 mm Hg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de más de 300 mg en 24 hrs, ausencia de síntomas de vasoespasmo.

Preeclampsia severa.- Presión arterial de 160/110 mm Hg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 hrs, presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos, edema generalizado.

Inminencia de eclampsia.- Se establece el diagnóstico cuando después de la semana 20 de gestación, parto o puerperio (no más de 30 días), aparece uno o más de los siguientes datos: presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg con presión arterial diastólica mayor de 115 mm Hg, proteinuria mayor a 10 gr, estupor, pérdida parcial o total de la visión, dolor epigástrico en barra, hiperreflexia generalizada.

Eclampsia.- Presencia de preeclampsia con convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta 30 días posparto.

Síndrome de Hellp.- Es la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

Preeclampsia recurrente.- Presencia de cualquiera de los tipos de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, que aparece por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos o no.

Enfermedad hipertensiva no clasificable.- Imposibilidad de clasificar por carecer de elementos necesarios o por haberse instituido tratamiento previo a su estadificación.

B. Enfermedad vascular crónica hipertensiva

Hipertensión sistémica esencial.-Hipertensión arterial independiente a la gestación o anterior a las 20 semanas y que persiste más de seis semanas posparto y que no sea a consecuencia de lesión de alteración anatómica o funcional renal.

Hipertensión crónica con enfermedad hipertensiva agregada.- Hipertensión arterial previa al embarazo agregándose preeclampsia, puede haber elevación del ácido úrico igual o mayor de 6 mg/dl.

C. Detección oportuna y de complicaciones

Control prenatal.- La detección prenatal debe ser periódica, sistemática y primordialmente clínica, con el apoyo de laboratorio y gabinete, teniendo como objetivo fundamental, la búsqueda intencionada de factores de riesgo para identificar a pacientes con mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia/eclampsia y así incrementar la vigilancia del embarazo. En el siguiente cuadro se señalan los factores de riesgo que se deben identificar en cada paciente:

Factores de riesgo

- Primigesta
- Multigesta
- Edad menor de 18 o mayor de 35 años
- Pre-eclampsia-eclampsia en embarazo anterior
- Antecedentes familiares de pre-eclampsia-eclampsia
- Infección de vías urinarias durante el embarazo
- Período intergenésico menor a dos años
- Sobredistensión uterina (embarazos múltiples y polihidramnios)

- Antecedente de enfermedad trofoblástica
- Desnutrición
- Obesidad o incremento súbito de peso durante el embarazo
- Hipertensión arterial de cualquier etiología
- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal aguda o crónica
- Enfermedades autoinmunes
- Enfermedad trofoblástica
- Factores psicosociales (estrés, depresión, angustia, violencia familiar, estrés ocupacional, bajo nivel socioeconómico)

PREECLAMPSIA

Preeclampsia.- Consiste en encontrar después de la 20ª semana de gestación: hipertensión, más proteinuria (con o sin edemas). Es precoz, antes de la 20ª semana, en los casos de embarazos gemelares, enfermedad trofoblástica o hidrops.

Eclampsia.- Es la aparición de convulsiones en una paciente con preeclampsia, cuando no pueden ser atribuidas a otra causa.

La preeclampsia se presenta en el último trimestre del embarazo, es más frecuente en las primigestas jóvenes, pero más grave en la primigestas de más edad. Los datos cardinales de la preeclampsia son el **edema**, la **hipertensión arterial** y la **proteinuria**.

El **edema**, o sea la presencia excesiva de líquido en el espacio extravascular, es el dato que aparece más precozmente, es blando, de predominio vespertino, está precedido por un aumento excesivo de peso por retención de agua y no guarda un paralelismo exacto con la gravedad de padecimiento.

La **hipertensión arterial**, guarda un poco más de paralelismo con la gravedad del padecimiento, generalmente no es muy alta. Para ser diagnóstica, debe estar igual o mayor de 90 mmHg de diastólica y es más importante la elevación de las cifras diastólicas así como los cambios comparativos de la presión arterial en relación con los niveles de presión previas al embarazo, la diastólica > de 10 mmHg y la sistólica > 20 mmHg.

La **proteinuria** o albuminuria debe ser mayor de 1 g/l de orina. Tiene un aumento progresivo y es francamente paralela a la gravedad del padecimiento. A medida que avanza el grado de la toxemia, se presentan datos anexos que hay que valorar, los cuales son: cefalea, acufenos, fosfenos, oliguria, cristaluria y cilindruria y trastornos visuales como el edema de la pupila, el espasmo arteriolar y el desprendimiento de la retina.

Los datos de gravedad, que aparecen cuando la toxemia ya es muy severa, incluyen la taquiesfigmia, la hipertermia, la hemoconcentración, la hipoproteinemia y el dolor en barra epigástrica de Chaussier por distensión de la cápsula de Glisson a nivel hepático.

FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA

Se dice que la preeclampsia es la enfermedad de las teorías, porque no hay ninguna hipótesis que explique de una manera total y aceptable, la etiología y la fisiopatología del problema. Las teorías principales que tratan de explicar el origen de la preeclampsia, son las siguientes:

- a) La sobre distensión uterina.
- b) El aumento de la presión intraabdominal.
- c) La isquemia útero placentaria con liberación de aminopresores.
- d) La alteración en la microcirculación placentaria.
- e) La disminución de la Monoaminoxidasa, con el consecutivo aumento de vasopresores.
- f) La alteración del equilibrio renina-angiotensina-aldosterona.

Es necesario recalcar, que uno de los factores principales en la fisiopatología de la preeclampsia, es la disminución del flujo útero placentario y que dentro de los aspectos más sobresalientes en este padecimiento, destacan los siguientes:

1. Alteración de la función renal a nivel del sistema renina-angiotensina, lo que produce un vosospasmo generalizado en riñón, cerebro, hígado, corazón y unión útero placentaria.
2. Disminución de la circulación a nivel uteroplacentario con disminución global de la superficie del espacio ínter veloso.

3. Isquemia e hipoxia tisular generalizada con manifestaciones más claras en los órganos de mayor gasto.

Aparentemente, las modificaciones funcionales multiorgánicas que el embarazo impone a la mujer, son estabilizadas por una gran cantidad de mecanismos homeostáticos que permiten el curso armónico de la gestación, pero si estos no actúan eficazmente, aparecerá preeclampsia con una primera fase compensada por mecanismos de adaptación y si estos mecanismos fallan, entonces aparecerán los signos y síntomas de descompensación y se irá agravando la preeclampsia.

Estas **manifestaciones de descompensación en la preeclampsia**, son las siguientes:

- a) Dolor epigástrico.
- b) Cefalea intensa.
- c) Alteraciones visuales.
- d) Estupor.
- e) Náuseas y vómito
- f) Hipertensión arterial superior a 180/100.
- g) Proteinuria progresiva.
- h) hiperreflexia.
- i) Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia (síndrome de HELLP).

También si se considera que el inicio del problema lo marca un vasospasmo arteriolar generalizado de causa desconocida, probablemente por la alteración de la función renal. Este vaso espasmo se manifiesta sintomáticamente en casi todos los órganos y sistemas de la economía materna:

Así mismo, aparecen otros cambios Fisiopatológicos:

- a) Hipovolemia (hemoconcentración).
- b) Aumento de la resistencia vascular periférica.
- c) Aumento de la angiotensina II
- d) Incremento de la noradrenalina.
- e) Disminución de la prostaciclina: ésta es una sustancia vasodilatadora, que produce aumento del flujo sanguíneo y previene la agregación placentaria, pues se opone al

efecto agregante del tromboxano producido por las plaquetas. Aumento de la actividad adrenérgica.

f) Disminución del volumen plasmático y disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario.

Estos cambios Fisiopatológicos producirán:

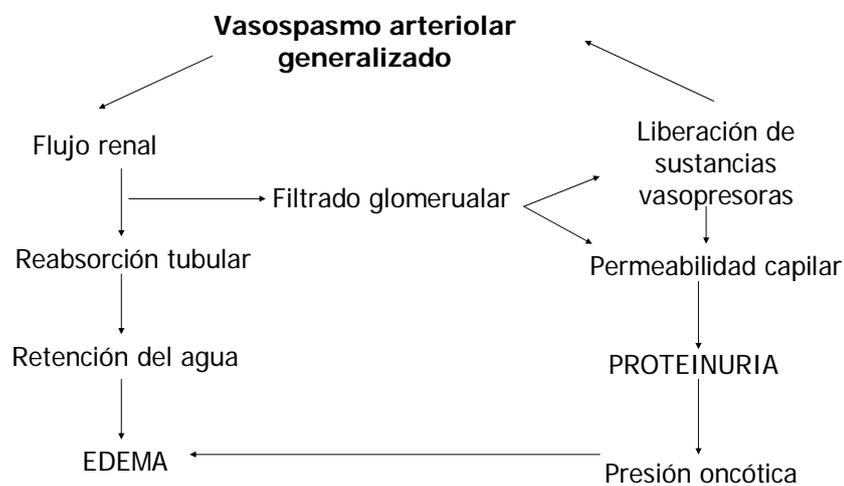
a) Hipovolemia con retención de sodio y agua.

b) Alteración de la coagulación por disminución de las plaquetas y depósito de fibrina.

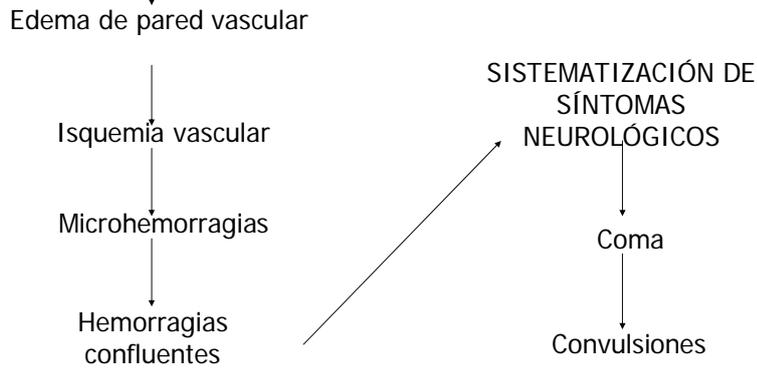
c) Daño vascular con proteinuria, aumento de la permeabilidad capilar y aparición de edema.

d) Aumento de la resistencia periférica e hipertensión arterial.

De acuerdo con lo anterior, las alteraciones patológicas en los diferentes órganos, pueden explicarse por los mecanismos siguientes:

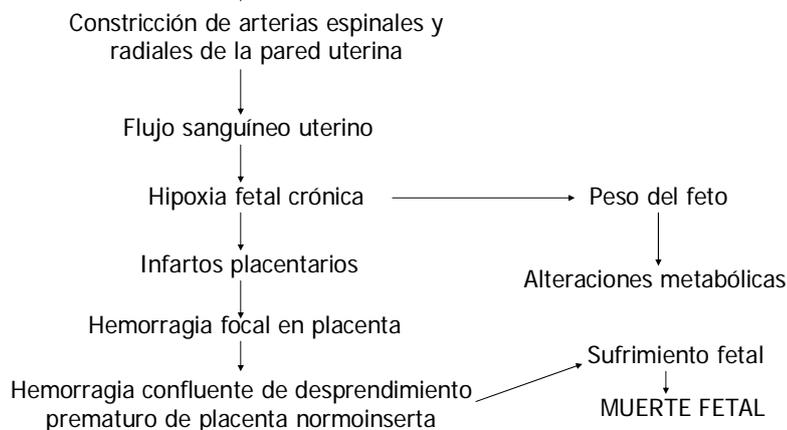


Vasospasmo arteriolar cerebral generalizado



A nivel del feto y placenta, la sintomatología se explica a partir del vasospasmo arteriolar en los vasos intramiométriales.

Alteraciones uterinas anatómicas y funcionales



Desde el punto de vista fisiopatológico, la anemia hemolítica microangiopática se produce por el siguiente mecanismo:

El vasospasmo intenso a nivel de los vasos, produce un daño endotelial marcado con descubrimiento de la membrana basal subyacente, en donde hay una adherencia creciente de plaquetas, que al ser sustraídas de la circulación general, origina trombocitopenia con hemólisis. Cuando los valores plaquetarios son menores de 80 000

plaquetas por mL³, se ocasiona un consumo acelerado de fibrina y fibrinogeno con datos de coagulación intravascular diseminada.

DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

A) Preeclampsia leve

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan dos o más de los siguientes signos, posterior a la semana 20 de gestación, durante el parto o en el puerperio (no más de 30 días):

Presión sistólica, mayor o igual a 140 mm Hg, o elevación mayor igual a 30 mm Hg sobre la presión habitual

Presión diastólica, mayor o igual a 90 mm Hg, o elevación mayor igual a 15 mm Hg sobre la presión habitual

Proteinuria:

30 mg/dl o más en tiras reactivas (se requieren de dos determinaciones o más en un lapso de 6 horas o más).

Proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas

Edema

La medición de la presión arterial deberá realizarse con la paciente sentada y requiere de dos tomas consecutivas con un intervalo de 6 horas o más, en este lapso de horas debe permanecer en reposo.

B) Pre-eclampsia severa:

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando después de la semana 20, durante el parto o en el puerperio (no más de 30 días), se presentan dos o más de los siguientes signos:

Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg y presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg.

Proteinuria mayor a 5 g en orina de 24 horas o su equivalente en tiras reactivas (más de 3+)

Oliguria de menos de 500 ml en 24 horas

Trastornos cerebrales o visuales

Edema generalizado

C) Inminencia de eclampsia

Se establece el diagnóstico cuando después de la semana 20 de gestación, durante el parto o puerperio (no más de 30 días), aparece uno o más de los siguientes datos:

Presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg con presión arterial diastólica mayor de 115 mm Hg

Proteinuria mayor a 10 g

Estupor

Pérdida parcial o total de la visión

Dolor epigástrico en barra

Hiperreflexia generalizada

Por la gravedad de esta variedad clínica, las pacientes deben ser manejadas como eclámpticas.

D) Eclampsia:

El diagnóstica se establece cuando pacientes con preeclampsia, presentan convulsiones o estado de coma, en ausencia de otras causas de convulsiones.

E) Síndrome de Hellp

Se establece el diagnóstico mediante biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático en pacientes con presencia de cualquier tipo de hipertensión durante el embarazo, independientemente de la severidad de ésta, se le agrega disminución plaquetaria menor de $150\ 000/\text{mm}^3$, enzimas hepáticas elevadas; transaminasa glutámico oxalacética (TGO-AST) mayor de 70 U.I./L., transaminasa glutámico piruvica (TGP-ALT) mayor de 50 U.I./L., deshidrogenasa láctica (DHL) mayor de 600 U.I./L.; bilirrubinas elevadas mayor de 1.2 ml./dl.; se necesitan de dos o más criterios para establecer el diagnóstico.

El síndrome se clasifica de acuerdo a la cuenta de plaquetas.

TIPO	PLAQUETAS
I	Menos de 50 000
II	Más de 50 000 y menos de 100 000
III	Más de 100 000 y menos de 150 000

La medición de la presión arterial se efectúa con la paciente tranquila, después de reposar por lo menos 5 o 10 minutos, sentada, en un ambiente tranquilo, con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón. Preferentemente utilizar el esfigmomanómetro mercurial, o en caso contrario un esfigmomanómetro aneroide recientemente calibrado.

TÉCNICA DE TENSIÓN ARTERIAL

- El observador se sitúa de tal manera que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- Se colocará el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm/Hg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mm/Hg/seg.

- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y el quinto, la presión diastólica.
- Los valores se expresarán en números pares.
- Si las dos lecturas difieren por más de 5 mm/Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

TERAPÉUTICA EN PREECLAMPSIA

En el tratamiento de la preeclampsia, deben hacerse las siguientes consideraciones:

1. Que el tratamiento ideal sería la interrupción del embarazo, que el cuadro mejora con la muerte del producto o su expulsión, pero ello estará condicionado en la edad de la gestación a la severidad del cuadro toxémico, el método preferido para la terminación del embarazo, deberá ser inducto-conducción del trabajo de parto; en la preeclampsia leve, se efectúa a la semana 38, en la preeclampsia moderada a severa en la semana 35 a 36 y para tomar esta decisión, siempre será importante, la valoración del estado fetal con pruebas de madurez fetal.

2. Que **el apoyo del personal de enfermería es esencial** para la recuperación de la paciente hospitalizada, ya que su presencia es sinónimo de evaluación continua de la sintomatología de la enferma y nos asegura el fiel cumplimiento de las órdenes médicas y para medidas determinantes en la evolución de la paciente.

En la **preeclampsia severa**, la hospitalización de la paciente es imperiosa, lo ideal sería manejarla en terapia intensiva, con aislamiento de cuarto oscuro y en silencio, el manejo debe ser mínimo y gentil, estableciéndose un equilibrio calórico e hídrico por vía parenteral con solución glucosada a 5 %.

La indicación, tipo y dosis de diuréticos, barbitúricos y antihipertensivos que comúnmente son empleados, deben quedar a cargo del personal médico especializado.

La paciente con preeclampsia severa, debe tener colocada una sonda de Foley con estricto control de líquidos, toma constante de la presión arterial y de la presión venosa central, con vigilancia de la frecuencia cardíaca materno-fetal.

Es conveniente que se pidan al laboratorio los siguientes exámenes:

Biometría hemática completa, química sanguínea, general de orina y urocultivo, figrinógeno y tiempo de protrombina, bilirrubinas, transaminasas y deshidrogenasa láctica, electrolitos, ácido láctico y gasometría.

También, solicitar electrocardiograma materno fetal, ultrasonido fetal y ultrasonido del hígado materno.

Una vez que se ha controlado relativamente, el cuadro toxémico y se ha completado el estudio y la valoración de la paciente y del producto, se procederá a la interrupción oportuna del embarazo.

Si en el puerperio, continúan elevadas las cifras de presión arterial habrá que practicar estudios de fondo de ojo, de la función renal, de la silueta cardiaca, etc., a fin de descartar alguna patología hipertensiva que no era evidente antes del embarazo.

COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA:

Las principales complicaciones de la pre-eclampsia-eclampsia son:

- Síndrome de Hellp (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetopenia)
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI)
- Insuficiencia renal
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Hemorragia hepática/hematoma subcapsular
- Accidente vascular cerebral (hemorragia, trombosis, isquemia e infarto)
- Edema cerebral
- Edema agudo pulmonar
- Insuficiencia cardiaca
- Falla orgánica múltiple

3.5. PUERPERIO QUIRÚRGICO

El puerperio es el tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación, aproximadamente 6 semanas (aunque si la mujer lacta, puede retrasarse la aparición de la regla) Es importante distinguir tres fases en el puerperio.

- Inmediato (primeras 24 horas postparto)
- Mediato (hasta el 7º día postparto)
- Tardío (desde el 8º días hasta la 6ª semana postparto)

Patrón hormonal

Tras el parto, los estrógenos alcanzan los valores normales de la mujer no gestante a los 3 o 4 días y la progesterona en 10 días. A la semana, la HCG y HPL ya no se detecta. La prolactina y la oxitocina están aumentadas.

Involución uterina

Ésta se inicia con la expulsión de la placenta y finaliza sobre el décimo día, en el que el útero queda escondido detrás de la sínfisis púbica.

Loquios

Se definen como una pérdida hemática que se inicia después del alumbramiento. Los 4 primeros días, la secreción es roja, del 4º al 10º día es de color rosáceo o “café-rosáceo”, y del 10º día hasta las tres semanas postparto, la secreción es de color crema amarillenta o marronácea. Los loquios nunca deben ser malolientes, ya que si lo son, debe descartarse una infección puerperal.

Entuertos

Son contracciones uterinas, más o menos molestas, que pueden aparecer en el puerperio, con mayor frecuencia en multíparas, y suelen estar relacionadas con la liberación de oxitocina por el estímulo del pezón.

Cuello uterino y vagina

El orificio cervical interno se cierra a los 10-12 días del parto. Se en la vagina hay algún desgarró, incluyendo la episiotomía suele cicatrizar en dos semanas.

Sistema cardiovascular

Tarda aproximadamente unas 2 semanas en normalizarse. Debido a los cambios hemodinámicos, es el período de mayor riesgo de insuficiencia cardíaca en las mujeres con reserva cardíaca limitada.

Aparato urinario

Se produce un aumento de la diuresis los primeros días. Puede haber distensión de la vejiga, acompañada de incontinencia por rebosamiento y vaciado incompleto de la misma, lo cual puede favorecer las infecciones urinarias.

Estreñimiento

A la segunda semana, el tono gastrointestinal y la motilidad están restablecidos, pero el estreñimiento puede deberse a la prevención que se toma ante la defecación, debido al dolor causado por la episiotomía, por posibles desgarros y, caso de existir, por las hemorroides.

Peso

La pérdida de peso suele ser de unos 9 Kg (expulsión del feto, anejos, líquido amniótico, etc). Si la mujer lacta, no recuperará su peso habitual hasta finalizar la lactancia.

DESPUÉS DEL PUERPERIO SE PUEDEN PRESENTAR LAS SIGUIENTES ANORMALIDADES:

Infecciones:

La endometritis se manifiesta por fiebre y un útero blando e hipersensible; la causa es el paso del flora bacteriana de la vagina por la pérdida de mecanismos de defensa habituales, la rotura de membranas y las exploraciones.

Las infecciones del aparato urinario también son frecuentes después del parto a causa de que la vejiga y vías urinarias permanecen hipotónicas, se produce orina residual y reflujo, la paciente presenta disuria, polaquiuria y fiebre;

Las infecciones de vías respiratorias en mujeres susceptibles, la tromboflebitis pélvica séptica que se manifiesta por fiebre intermitente, masa palpable en abdomen y taquicardia en reposo.

Las infecciones de heridas quirúrgicas (cesárea y episiotomía) que se manifiestan por fiebre, eritema e hipersensibilidad en la herida, edemas del drenaje de material seropurulento.

La mastitis se produce por traumatismo en el pezón y la entrada subsecuente de microorganismos, la paciente presenta congestión mamaria, adenopatía e hipertermia.

Hemorragia, las causas más importantes son la atonía uterina y la lesión a tejidos blandos. La atonía uterina se asocia a sobre distensión uterina, anestesia inhalada, trabajo de parto disfuncional y prolongado, también puede ser causa de hemorragia la retención de restos placentarios, las laceraciones vaginales, rotura uterina e incluso la episiotomía.

Trastornos de la lactancia, la inhibición por factores físicos (vendaje, falta de estimulación y aplicación de hielo), por factores hormonales (aplicación de estrógenos); y la lactancia inapropiada por falta de preparación para proporcionarla.

3.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Dieta hiposódica e hiperproteica.
- Signos vitales cada dos horas.
- Curación de catéter central.
- Cuidados a la sonda foley.
- Control de líquidos.
- Curación de herida quirúrgica.
- Valorar el sangrado transvaginal.
- Evaluar la involución uterina.
- Enseñar a la Sra. a extraerse la leche para prevenir la mastitis.
- Cuidados en su higiene.
- Lubricación de la piel después del baño.
- Animarla a la deambulacion
- Proporcionar educación sobre los cuidados que debe tener en la herida quirúrgica y cómo detectar signos de infección.
- Brindar información clara y sencilla sobre la preeclampsia.
- Educación sobre planificación familiar.
- Hacer promoción sobre estilos de vida saludables.
- Ofrecer asesoramiento y apoyo para mejorar su estado de animo.

3.7. PÉRDIDAS Y DUELO

La pérdida es una experiencia inevitable en la vida de todo ser humano. Las cosas que vamos perdiendo son de variadas características y la importancia que adquiere su estudio no es tanto por el tipo de pérdida de que se trate, sino más bien por la forma en que cada sujeto la percibe y la resuelve. Una pérdida puede ser definida como “acción de perder algo” o “el daño que se recibe en alguna cosa”. Existen distintos tipo de pérdidas:

- Pérdida de personas: tanto por muerte, como por separación de las mismas.
- Pérdida de objetos: pueden ser materiales, o simbólicos, como pérdida de ideas, valores o creencias.
- Pérdida de función o parte corporal debida alteraciones físicas como enfermedades, accidentes, cirugía o envejecimiento.
- Pérdida de rol: por sucesos o cambios económicos o de posición en la profesión.
- Pérdida de relaciones y lazos afectivos: por cambios o conflictos en las relaciones amorosas, familiares o amistosas.

El duelo

Es la respuesta emotiva ante la pérdida real o percibida de una cosa o una persona. La palabra duelo proviene del latín dolus, que significa dolor. Cuando existe un duelo siempre comporta sufrimiento en el sujeto que la padece. El duelo es un proceso que se puede expresar de muchas maneras.

El luto representa el proceso mediante el que se resuelva el duelo, y es sobre todo psicológico. Generalmente representa los aspectos psicosociales de cada cultura (por ejemplo en la cultura occidental llevar ropa negra durante una tiempo determinado).

Las reacciones durante un duelo pueden ser múltiples y particulares en cada individuo pero, hablando en términos generales, las más habituales son:

- Reacciones a nivel físico, expresadas en síntomas somáticos: insomnio, anorexia, astenia, náuseas, vómitos, ahogos, mareos.
- Reacciones a nivel emotivo: sentimientos de culpa, temor, rechazo, hostilidad.
- Reacciones a nivel mental: pensamientos autodestructivos, autorreproches, autoacusaciones de negligencia, confusión.

- Comportamiento de negación de la realidad o de la evidencia de la pérdida.
- Incapacidad para sustituir a la pérdida.
- Incapacidad para centrar el interés en otra cosa que no sea la pérdida sufrida.
- Tendencia a establecer relaciones de dependencia con las personas que proporcionan ayuda y apoyo.
- Aparición de sintomatología depresiva: tristeza, llanto, pérdida de interés por el mundo, aislamiento, dificultad para concentrarse.

Tipos de duelo

1. **Duelo normal.** Aparece en el momento del fallecimiento o pérdida a los pocos días. Su intensidad es incapacitante durante unos días. Niega algunos aspectos de la muerte como las circunstancias en las que ocurrió. La persona tiende a identificarse con el fallecido atesorando sus pertenencias. Al cabo de un tiempo reconoce que no real y desarrolla conductas de duelo culturalmente aceptables.
2. **Duelo patológico.** Aparece semanas o meses después del fallecimiento o pérdida. Su intensidad es incapacitante durante más tiempo que en el duelo normal, pueden ser semanas. Niegan la muerte del fallecido y creen que sigue vivo. Pueden aparecer alucinaciones complejas y estructuradas. Acuden a los servicios médicos por diversa sintomatología somática relacionada con la causa de la muerte del familiar. establece conductas anormales (por ejemplo visitar todos los días el cementerio).

Etapas del proceso de duelo

Es importante que el equipo de enfermería conozca las etapas que en muchas ocasiones se van sucediendo en el proceso de duelo hasta la aceptación. Evidentemente estos patrones de respuestas no se dan de la misma manera en todos los casos. En ocasiones, las etapas se pueden presentar de forma simultánea, y en otras pueden faltar algunas o no seguir el mismo orden. Según la Dra. Elisabeth Kübler-Ross, estas etapas son las siguientes:

1. **Negación.** Es un mecanismo de defensa del paciente ante el shock emocional que padece y tiene la función de amortiguar el sufrimiento y permitir a la persona hacerse cargo de la situación más despacio.

2. **Ira o Rabia:** debida a la impotencia y a la pérdida de control ante lo que le sucede. Va normalmente dirigida hacia las personas que rodean al enfermo como: personal sanitario, familiares y amigos.
3. **Negociación o Pacto.** La persona trata de negociar su muerte o pérdida con Dios o con alguna otra figura significativa. A cambio de su buena conducta, esta figura como premio le alargará la vida o le devolverá lo perdido.
4. **Depresión.** Aparece una depresión reactiva ante la conciencia de la gran cantidad de pérdidas que se van produciendo. El enfermo muestra que no quiere continuar luchando contra la muerte.
5. **Aceptación.** Es un sentimiento de resignación que generalmente ocurre cuando la muerte ya está muy próxima. Si el paciente ha podido vivir y expresar todos sus sentimientos en las otras fases, con un apoyo adecuado, probablemente podrá llegar a esta etapa final.

Otra autora destacada es Ctherine M. Sanders y su Teoría integradora del duelo, que se base en el hecho de que cada una de la fuerzas psicológicas que actúan durante el proceso de duelo tiene un fundamento biológico que determina el bienestar físico del individuo. En su teoría tiene en cuenta factores de la personalidad que influyen en el duelo, así como variables moderadoras internas (edad, sexo, sentimientos hacia el difunto, relaciones de dependencia con el difunto, etc.) y variables moderadoras externas (situación socioeconómica, apoyo social, religiosidad, tipo de muerte que se ha producido, etc.). En su teoría utiliza el concepto de motivación, que es lo que permite que el deudo pase de una fase a otra a pesar del dolor que siente.

Esta teoría, dinámica y flexible, divide el duelo, que para Sanders puede durar hasta 3-4 años (siempre sujeto a variables individuales), en 5 fases:

1. **Fase de shock o aflicción aguda.** Podríamos decir que es la fase de alarma, en la que el deudo pude presentar inquietud, incredulidad, confusión, sentimientos de irrealidad o regresión, impotencia, etc. Sanders asocia a esta fase la aparición de unos síntomas físicos (debilidad muscular, llanto, temblor, alteraciones del patrón del sueño, pérdida del apetito, etc.).
2. **Fase de conciencia de la pérdida.** Se caracteriza por la aparición de conflictos y expectativas emocionales impulsivas, junto con ansiedad de separación. El deudo está especialmente irritable (con sentimientos de culpa, cólera, etc.), persistiendo la incredulidad y la negación, sintiendo “la presencia del fallecido”.

3. **Fase de Conservación/Aislamiento.** Se caracteriza por la sensación de desamparo, aislamiento y desesperación. Físicamente se caracteriza por la presencia de astenia, fatigabilidad y necesidad de sueño, pudiendo presentar una depresión del sistema inmune. En esta fase se produce el trabajo de duelo.
4. **Fase de cicatrización.** Es el punto de retorno, en el que el paciente vuelve a asumir el control. Físicamente se produce una “curación”: incremento de la energía físico, normalización del patrón de sueño, etc. En esta fase se tienden a cerrar el círculo, buscando significado a lo ocurrido, tratando de olvidar.
5. **Fase de renovación.** Aparece un nuevo sentido de autocompasión, el sujeto aprende a vivir sin la presencia del difunto. Es un tiempo para el procesamiento del duelo, en el que el sujeto vive ya para sí mismo, pudiendo sentir soledad, recordando al difunto (reacciones de aniversario), etc.

Valoración de enfermería

Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Valorar la respuesta del paciente y de la familia a la situación que están viviendo, en qué fase del proceso de duelo se encuentran y cuales son las necesidades de información y comunicación que precisan.
- Valorar el nivel de apoyo que se encuentra disponible para el paciente. Qué soporte físico y emocional le están proporcionando las personas significativas de su entorno.
- Valorar los elementos añadidos de estrés que se encuentran presentes, como enfermedades de otros miembros de la familia o dificultades económicas.
- Valorar la respuesta de la familia ante la situación, cuáles son sus conocimientos y sentimientos en relación a lo que está sucediendo.

Intervención de Enfermería

Los objetivos principales son:

- Ayudar a acompañar al paciente y a la familia en el proceso de duelo, proporcionándole un ambiente terapéutico que aumente la sensación de control de la situación y asegure el máximo nivel de confort durante todo el proceso.
- Para lograr este nivel de confort es indispensable tener en cuenta el control del dolor y atender las necesidades físicas del paciente.
- En cuanto a la relación con el paciente, es fundamental la capacidad de escucha y el no renunciar en ningún momento a comunicarse con él. Es importante tener siempre en cuenta su estado físico y recordad que al final del proceso el enfermo está muy débil y fatigado, lo que hace que se comunique con el mundo de forma mucho más lenta.
- Es fundamental respetar y facilitar la expresión de las emociones y los pensamientos en torno al proceso, tanto por parte del enfermo como de la familia, intentando dar respuestas adecuadas.
- En la fase de negación es importante tolerar y aceptar esta negación, ya que mientras no sea excesivo, un cierto nivel de negación puede ser terapéutico.
- En la fase de rabia o ira es importante tolerar las expresiones de hostilidad, sin sentirse agredido, y fomentar la expresión de los sentimientos de agresión.
- En la fase de pacto pueden aparecer sentimientos de culpabilidad. Es importante intentar desculpabilizar al paciente y no confundir estos sentimientos con la aceptación.
- En la fase de depresión es importante que enfermería pueda tener la capacidad de tolerar el llanto y los sentimientos de desesperanza por parte del paciente y de la familia.
- En la fase de aceptación es importante que el enfermo pueda realizar los rituales que considere oportunos, para de esta forma favorecer una muerte tranquila.
- Es fundamental que enfermería también piense en ayudarse a sí misma en este difícil proceso, mediante la búsqueda de sistemas de apoyo y recursos para su uso personal como: realización de sesiones de grupo interdisciplinares en donde le sea posible hablar del caso por caso, talleres, seminarios y consulta psicológica.

Técnicas de Counselling

La palabra counselling proviene del inglés “counsel”, que significa consejo o consulta. Son técnicas que se utilizan para acompañar a los enfermos moribundos y a las familias en la identificación y expresión de sus sentimientos. “Proceso de interacción verbal que tiene como propósito fundamental ayudar a la persona con dificultades, clarificando o comprendiendo su situación, descubriendo y potenciando sus recursos de afrontamiento, con el fin de manejar sus emociones y hacer que cambie sus comportamientos mediante una toma de decisiones responsable y consciente”.

Instrumento que maximiza la competencia del sanitario y del paciente, con el menor coste emocional posible, y permite al individuo descubrir sus propios recursos para hacer frente a las situaciones. Sus fundamentos son:

- Informar.
- Educar.
- Comunicar.

Se trata de una escucha activa y se realiza mediante:

- Preguntas abiertas: son preguntas que no se pueden contestar con un SÍ o con un NO escuetos, sino que tienden a orientar la conversación y a animar a la persona a seguir hablando.
- Parafrasear: es una técnica llamada “de espejo”. La persona que escucha repite, cuando lo considera necesario, la frase que acaba de expresar el paciente, con el fin de ayudarlo a clarificar lo que siente.
- Resumir: cuando el paciente ha hablado durante un tiempo, la persona que escucha hace un resumen de los conceptos más significativos que ha expresado.

El proceso se desarrolla en tres fases:

1. Fase de exploración. Crear un clima de confianza.
2. Fase de una nueva comprensión. Ayudar al sujeto a ver su situación desde nuevas perspectivas.
3. Fase de acción.



Esta forma de asesoramiento o consejo está dentro de las estrategias encaminadas a afrontar la enfermedad y el sufrimiento, así como a tomar decisiones que protejan o mejoren la salud. Ej. Adaptación a enfermedades crónicas, uso de alcohol o drogas, trastornos sexuales, patología psiquiátrica... Hacer counselling requiere esfuerzo y un cierto grado de implicación humana, y se sustenta en cuatro pilares:

1. Habilidades de comunicación asertiva.
2. Soporte emocional.
3. Modelo de resolución de problemas.
4. Autocontrol.