



INSTITUTO MARILLAC, A. C

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

**ANSIEDAD EN UNA ADOLESCENTE
EMBARAZADA CON PRECLAMPSIA LEVE**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA**

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

P R E S E N T A :

ALMA DELIA ESPINOZA URZÚA
No. CUENTA: 406509015

DIRECTORA DE LA TESIS: Lic. María Guadalupe Cedillo Martínez

CO-DIRECTOR Lic. Martha Verónica Zarate Espinal.

MEXICO D.F. Octubre 2010



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por darme la fuerza y el valor para lograr llegar hasta este momento tan importante de mi vida.

A mis Padres

Por darme la vida y las fuerzas para continuar y por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr ya que sólo depende de mí

A mis tíos Josefina y Ricardo

Por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de la carrera, además por enseñarme con todo su amor el significado de la honestidad.

A toda mi familia

Por confiar en mí así como a mis amigos y compañeros.

A esta Institución

Por darme la oportunidad de concluir mis estudios con la mejor disposición de todo el personal que lo integra.

Señor, ayúdame a decir la verdad delante de los fuertes y a no decir mentiras para ganarme el aplauso de los débiles.

Si me das fortuna, no me quites la razón.

Si me das éxito, no me quites la humildad.

Si me das humildad, no me quites la dignidad.

Ayúdame siempre a ver la otra cara de la medalla, no me dejes inculpar de traición a los demás por no pensar igual que yo.

Enséñame a querer a la gente como a ti mismo y a no juzgarme como a los demás.

No me dejes caer en el orgullo si triunfo, ni en la desesperación si fracaso.

Más bien recuérdame que el fracaso es la experiencia que precede al triunfo.

Enséñame que perdonar es lo más grande del fuerte y que la venganza es la señal del débil.

Si me quitas el éxito, déjame fuerza para triunfar del fracaso.

Si yo faltara a la gente, dame valor para disculparme y si la gente faltara conmigo dame valor para perdonar.

Señor, si yo me olvido de ti, no te olvides de mí.

MAHATMA GANDHI

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

- GENERAL
- ESPECÍFICO

CAPITULO I

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.	Concepto De Cuidar.	.....	1
1.2.	Naturaleza De Los Cuidados Relacionados Con Las Funciones De La Vida.	.....	1
1.3.	Etapas Históricas Del Cuidado.	.....	3
1.4.	Paradigma Y Teorías De Enfermería.	.....	6
1.5.	Modelo De Virginia Henderson.	.....	11
1.6.	Proceso De Atención De Enfermería.	.....	16
1.7.	ETAPA DE VALORACIÓN.	.....	18
1.8.	ETAPA DE DIAGNÓSTICO.	.....	22
1.9.	ETAPA DE PLANIFICACIÓN.	.....	24
1.10.	ETAPA DE EJECUCIÓN.	.....	28
1.11.	ETAPA DE EVALUACIÓN.	.....	29

CAPITULO II

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.	Metodología.	.....	30
2.2.	Instrumento De Valoración De Enfermería.	.....	31
2.3.	Organización Y Clasificación De Datos.	.....	42

CAPITULO III

3.	ETAPA DE DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	48
----	--	-------	----

4. CONCLUSIONES	.....67
5. SUGERENCIAS	.....67
6. GLOSARIO	.....68
7. BIBLIOGRAFIA	.....69
8. ANEXOS	
• Anatomía y fisiología Renal.	.....71
• Anatomía y fisiología del sistema cardiovascular.	.....77
• La sangre.	.....82
• Toxemia gravídica.	.....83
• Preclampsia.	.....84
• Eclampsia.	.....88
• Síndrome de Hellp.	.....89
• Ansiedad.	.....90
• Salud sexual y reproductiva de las adolescentes.	.....92
• Planificación familiar.	.....93

INTRODUCCIÓN

La enfermería como concepto es el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

En el capítulo I se abordarán antecedentes históricos de la enfermería, ya que es una profesión que se fortalece por tener un gran sentido humanista, al estudiar la interacción de los seres humanos con su medio ambiente, en su lucha holística por alcanzar el equilibrio y la sensación de bienestar; por este motivo se debe reconocer que Enfermería Profesional es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación o restablecimiento de la salud en los seres humanos, con una relación de colaboración entre enfermera y paciente, lo que incluye comunicación interpersonal entre ellos, con la familia y con los miembros del equipo de salud.

Previo a lo mencionado, para el desarrollo de la práctica clínica, es necesario partir de una base teórica que encamine a proporcionar cuidados de enfermería de calidad, es por ello que se realiza este Proceso de Atención Enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderson que se ubica en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

La importancia que presenta, esta basado en el hecho de que Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vida (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente.

Para el capítulo II se mencionara la metodología de trabajo, y se agregará también una valoración integral de la paciente, la cual es el motivo de estudio (cédula de valoración) puesto que es importante la participación de enfermería en el control prenatal; ya que en el país se vive una situación de salud desigual en la atención a la mujer embarazada y se refleja en los índices de morbilidad y mortalidad materna, al no tener conocimiento y acceso a los servicios de salud.

Por ello resulta primordial que Enfermería cuente con los conocimientos necesarios para detectar factores de riesgo, complicaciones y proporcione cuidados en la atención, control y promoción de la salud en la mujer embarazada, a través del proceso de atención de enfermería y propicie cambios de actitud positivos para la conservación de la salud en esta etapa de la vida.

Para ello, la enfermera que sirve a una mujer, sobre todo en este proceso tan íntimo y de enorme valor para su existencia; como es el caso de la maternidad, debe hacerlo con actitud comprensiva de sus circunstancias, con profundo respeto a su dignidad y a sus derechos fundamentales pero también con especial reconocimiento de su esfuerzo por una vida plena que le permita disfrutar la experiencia del nacimiento.

Para la enfermera obstetra, la mujer, su futura paciente, no es solo un cuerpo con órganos para la reproducción y con un feto en desarrollo, una mujer es vida, tradición, historia y cultura que merece lo mejor de nuestro servicio, de nuestra capacidad

humanística y de la disposición de ayuda que caracterizan a nuestra profesión en el mundo.

El objetivo de la salud perinatal en adolescentes sitúa con gran énfasis el fomentar una maternidad sin riesgos. De esta, se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica y eficaz.

Se concluirá en el capítulo IV con la ejecución del plan de cuidados aplicado a una mujer con la enfermedad hipertensiva durante el embarazo, ya que es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal.

Se identificarán y jerarquizarán necesidades alteradas en la paciente, para posteriormente emitir diagnósticos de enfermería y darles una pronta solución.

Por lo anterior se seleccionó este caso, ya que el nacimiento de un ser humano es uno de los momentos más trascendentes para la familia, y representa una gran oportunidad para el profesional de enfermería que interviene directamente en el proceso durante el embarazo y también durante el trabajo de parto, que lo ubica en una posición de suma importancia ya que tiene la responsabilidad de traer al mundo a un Recién nacido, en las mejores condiciones y con el mínimo de complicaciones para la madre.

Por lo anterior;

Expongo este proceso de Atención de Enfermería al jurado calificador para la acreditación y /o correcciones pertinentes.

JUSTIFICACIÓN

El motivo de la realización de este Proceso de Atención de Enfermería es para mejorar la atención prestada, optimizar y dar calidad de cuidado en pacientes con preclampsia; empleando un método enfermero de manera sistemática y apegada a la legalidad y fundamentación científica que dichas acciones de enfermería requieren en su actuar diario, lo cual hace diferente a la enfermera(o) creando en ellos una identidad dentro del conjunto multidisciplinario de salud.

En México, tenemos antecedentes interesantes que derivan en una reflexión actual para reconocer nuestra experiencia, potencialidades como enfermeras y la posibilidad de contribuir al mejoramiento de la atención interactuando con los recursos que dispone nuestra sociedad en sus diversos sectores institucionales y comunitarios, bajo una premisa fundamental; tenemos la obligación natural de aportar nuestros conocimientos y las cualidades profesionales para conseguir que el proceso de la reproducción se dé en las mejores condiciones técnicas y humanas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Realizar un Proceso de Atención de Enfermería enfocado al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades básicas del individuo, aplicado a una paciente adolescente embarazada, con el fin de identificar las necesidades básicas alteradas de la paciente y proporcionar cuidados específicos, de calidad y calidez necesarios, durante la estancia en la unidad Tocoquirúrgica del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera Cosío" de la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar a la paciente de acuerdo a las 14 necesidades, para detectar oportunamente los problemas de salud, jerarquizar y plantear los diagnósticos de enfermería.
- Desarrollar un plan de intervenciones y ejecutar acciones y/o procedimientos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud reales y potenciales.
- Evaluar el logro de los objetivos planeados, a fin de modificar o continuar las intervenciones de enfermería, manifestadas por la estabilidad o recuperación del paciente.

CAPÍTULO I

1.

MARCO TEÓRICO

1.1. CONCEPTO DE CUIDAR

Se define el principio de "CUIDAR" como una acción de supervivencia común en todas las especies del Reino Animal.

En las personas, está dirigida a satisfacer necesidades de supervivencia (comer, beber, respirar, eliminar, descansar, proteger, etc.) y lo hacen tanto por sí mismo como por quien dependen de ellos, niños, ancianos, enfermos, incapacitados, etc.

La capacidad para cuidar es innata, pero tiene formas de expresión y abordaje culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje (act. Innatas/ actividades Aprendidas)

Cuando las prácticas de salud trascienden de lo natural (innata /aprendida) para buscar el "bienestar", se entiende como Cuidado de la Salud.¹

1.2. NATURALEZA DE LOS CUIDADOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA VIDA

El vocabulario inglés, respecto a la noción de cuidado, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

-los cuidados de costumbre y habituales Care * relacionados con las funciones de conservación de la continuidad de la vida;

**to Care: cuidar de, ocuparse de.*

-los cuidados de curación cure** relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

**To Cure: curar, resecar, tratar suprimiendo el mal; de ahí deriva, cura, curetaje*

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: Care representa a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, aprovisionándola de energía en forma de

¹ Aplicación del proceso Enfermero: Rosalinda Lefevre 5ª edición.

alimentos o de agua(hidratación, aseo), de calor, de luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial.

Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias.

A media que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida. Los cuidados representan la textura de la vida y aseguran su duración.

Los cuidados representan el conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse a si mismo como el desarrollo de nuestro ser, manteniendo la imagen del cuerpo, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: Cure. Garantizan la continuidad de la vida; encuentra obstáculos o travas, entre las principales son:

El hambre, es la falta de energía alimentaria. Éste fue el principal obstáculo de la vida durante miles de años, e incluso ahora gran parte de la población mundial. Se traduce todo en un fenómeno de malnutrición con predominio de insuficiencias nutricionales.

Sin el acompañamiento concomitante de los cuidados habituales (alimentarios, higiene y las relaciones que implican) asistimos a la estabilización o al agravamiento del proceso de degeneración: la vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que se ha muerto más de lo que esta vivo.

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas.

La diferenciación de los cuidados de curación se hace aislando cada vez más a cada individuo de su entorno, de su nicho ecológico, de su grupo, e incluso de sí mismo como persona, el objeto de la curación se ha convertido en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido, la célula aislada de su todo, y por tanto de todo aquello que puede dar significado al proceso salud-enfermedad.²

² http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/ex_historia_enfermer1.htm

1.3. ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO

La evolución histórica de los cuidados enfermeros se dividen en cuatro etapas: (la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional).

Etapa Doméstica:

Abarca los Tiempos Remotos, la Sociedades Arcaicas Superiores (Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, la India, China y el Nuevo Mundo) y el Mundo Clásico (Grecia Antigua y Roma). En este periodo los cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y una adecuada alimentación y vestido.

Etapa Vocacional:

Comprende el inicio del Mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia: la profesión de enfermería, sustenta su ministerio de caridad, apostolado, vocación de servicio y amor al prójimo; se considera a la enfermería como una obra divina. La mujer cuidadora no podía tomar decisiones y dependía de las ordenes del sacerdote y médico, las primeras cuidadoras eran mujeres de buena cuna y posición social, vírgenes, monjas (Marcela, Fabiola y Paula). Con la caída de Roma y Constantinopla surge la etapa del estancamiento cultural y técnico. En el siglo IX se ordeno la importancia del uniforme. En la época de Martín Lutero (protestante), el cuidado de los enfermos pasa a manos de personas de estrato social bajo.³

³ KOZIER BARBARA, ERB GLENORA, *Fundamentos De Enfermería* ,7ª edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, volumen 1 2004.

Etapa Técnica:

Engloba el Mundo Contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial énfasis en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos, surge la enfermera técnica, especializada y hubo cierta dependencia del médico, los hospitales religiosos se hacen civiles.

Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

Etapa Profesional:

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar.

Así mismo, en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

Es necesario destacar también el impulso de las asociaciones profesionales por su contribución al cambio que se está experimentando. En este sentido, posiblemente el trabajo más significativo por su influencia en otros grupos ha sido el de la Asociación Americana de Enfermería (ANA).

Imagen profesional en México.

En la actualidad la enfermería se ha ido transformando; en México, desde las primeras parteras aztecas, hasta las directoras de los programas de doctorado en enfermería y líderes e investigadoras, con la visión de las teóricas y los criterios para su evaluación, y en la actualidad ser partícipes de la etapa científica en que las teorías se ven aplicadas al campo del cuidado mediante la investigación, y es éste mismo instrumento de la ciencia quien las evalúa y hace permanecer; sin embargo la tajante realidad del ejercicio profesional de enfermería en México ha sido distante e incongruente en el ámbito académico y asistencial.

En nuestro país, es reciente la profesionalización de enfermería, y un gran mérito se les debe a las enfermeras investigadoras mexicanas, porque a partir de la década de los 90's, comenzaron a incluir los hallazgos de las investigaciones a la práctica cotidiana, esto ha ido mejorando el cuerpo de conocimientos de enfermería.

En épocas pasadas la enfermera era una persona prescindible, era una persona ordinaria que recibía un adiestramiento en la atención de los enfermos en los nosocomios, ha pasado el tiempo y como consecuencia del arduo trabajo de enfermeras investigadoras nacionales y con aportaciones internacionales, actualmente la enfermera se reconoce como profesional, con un cuerpo propio de saberes, con habilidades propias

y una fina intuición clínica, esto también se debe a la participación organizada que se ha venido generando en las últimas décadas.

La investigación en enfermería debe inclinarse hacia la innovación en áreas de oportunidad, hacia mejorar o transformar el sistema sanitario nacional y hacer frente a los retos de las políticas nacionales de salud y los propios de la profesión con la conciencia ética y humanista que nos caracteriza.

CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA PROFESIONAL

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la Medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades.

De una asistencia centrada en la enfermedad con contenido básicamente práctico se ha pasado a ejercer la profesión abarcando diferentes aspectos. Desde la perspectiva asistencial, actualmente la enfermería se orienta hacia la salud, entendida desde una concepción más amplia. En definitiva, se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas). Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional.⁴

⁴ http://www.fisterra.com/human/1libros/cbd/historia_enfermería.asp

Modelos y teorías de Enfermería: Ann Marrier. Ediciones Rol.SA.1/Edición

1.4. METAPARADIGMA Y TEORIAS DE ENFERMERIA

Meta.- un fin a donde se quiere llegar.

Paradigma.-ejemplo, modelo

Teoría.-conocimiento especulativo, puramente racional, conjunto de reglas y leyes

TEORÍAS	TEORÍA	PARADIGMA ENFERMERO
1860 Florence Nightingale	“Teoría Del Entorno”	<p>Persona: Ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.</p> <p>Entorno: Condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.</p> <p>Salud: Bienestar mantenido. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.</p> <p>Enfermería: La que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.</p>
1952 Hildegard Peplau	“Modelo de Relaciones Interpersonales”.	<p>Persona: La define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable.</p> <p>Entorno: Lo define de forma explícita. Según Peplau la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.</p> <p>Salud: La describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.</p> <p>Enfermería: Para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.</p>
1955 Virginia Henderson	“Definición De Enfermería”	<p>Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influida por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.</p> <p>Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.</p>

		<p>Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.</p> <p>Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.</p>
1962, Lydia Hall	“Modelo Del Núcleo, El Cuidado Y La Curación”.	<p>Persona: No queda definido el concepto de persona. Hall realiza una clasificación estructural de la persona sin haber definido previamente dicho concepto. Divide a la persona en tres partes: persona, cuerpo y patología. Considera la patología como parte integrante de la persona.</p> <p>Entorno: No queda definido</p> <p>Salud: No define salud sino que describe la enfermedad como "conducta dirigida por los sentimientos de autoconciencia personal". A partir de esta definición se puede inferir que asocia la enfermedad a patología mental quedando excluidas el resto de alteraciones biológicas. Según esta concepción de salud, los recién nacidos y los niños son enfermos porque no tienen capacidad para discernir las conductas beneficiosas. Para Hall una persona sana selecciona conscientemente conductas beneficiosas, la autora no tiene en cuenta la influencia del entorno en dicha elección de conductas.</p> <p>Enfermería: Afirma que es una profesión pero no la define sino que describe cómo se lleva a cabo, es decir, no habla de qué, si no del cómo.</p>
1969 Doroty Johnson	“Modelo De Sistemas Conductuales”	<p>Persona: Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.</p> <p>Entorno: Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona, aunque no lo explica.</p> <p>Salud: Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.</p> <p>Enfermería: Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.</p>
1970, Martha Rogers	“Modelo de los Seres Humanos Unitarios.	<p>Persona: Es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser humano unitario e integrado con campos de energía Infinitos y pandimensionales o eterna energía.</p> <p>Entorno: Es un campo de energía irreductible y pandimensional. Cada campo de entorno es específico de un campo humano, por lo cual ambos evolucionan continuamente, interaccionando entre sí.</p> <p>Salud: La define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un estado de «armonía» o bienestar. Así, el estado de Salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto el potencial de máxima Salud es variable.</p> <p>Enfermería: La define como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno.</p>

<p>1970 Joyce Travelbee</p>	<p>“Modelo De Relación Humano A Humano”.</p>	<p>Persona: Es un ser humano único que está cambiando y evolucionando constantemente.</p> <p>Entorno No se define explícitamente, pero puede inferirse para incluir la situación y las experiencias de vida del cliente.</p> <p>Salud Es la ausencia de discapacidad o enfermedad, o el modo en que un paciente percibe la salud.</p> <p>Enfermería Es una profesión que ayuda al individuo, familia o comunidad a prevenir a afrontar la enfermedad.</p>
<p>1971 Dorothea Orem</p>	<p>“Teoría General De La Enfermería”.</p>	<p>Persona: La define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.</p> <p>Entorno: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.</p> <p>Salud: Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.</p> <p>Enfermería: Como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto paradigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.</p>
<p>1971 Imogene King</p>	<p>“Teoría Del Logro De Metas”.</p>	<p>Persona: Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo.</p> <p>Entorno: No lo define explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y ambiente externo, en su enfoque de los sistemas abiertos.</p> <p>Salud: La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana optima.</p> <p>Enfermería: Hace referencia a la relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado.</p>

<p>1972 Betty Neuman</p>	<p>Neuman Centra Su Modelo En El Dinamismo Y La Globalidad Para Tratar La Interacción Entre Un Cliente Y Su Entorno.</p>	<p>Persona: Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, lo considera como un sistema abierto donde puede recibir información del entorno: (positivo ó negativo), de la cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe y lo que experimenta. Mantener un equilibrio.</p> <p>Entorno: Se refiere en general a condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos ó de relación. La persona/cliente se contempla como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno.</p> <p>Salud: Se refiere a como la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.</p> <p>Enfermería: Es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.</p>
<p>1976 la Hermana Callista Roy</p>	<p>“Modelo De Adaptación”</p>	<p>Persona: Es el receptor de los cuidados enfermeros; Roy afirma que el cliente tiene un rol activo en los cuidados. Es un ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante.</p> <p>Entorno: Roy lo define como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.</p> <p>Salud: Roy la define como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; la salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.</p> <p>Enfermería: Es requerida cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.</p>
<p>1978 Madeleine Leininger</p>	<p>“Teoría De La Diversidad Y La Universalidad De Los Cuidados Culturales”.</p>	<p>Persona: Leininger se refiere a ella como ser humano. Se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.</p> <p>Entorno: La teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.</p> <p>Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. - Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. - Es universal a través de todas las culturas aunque es definido de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

		<p>Enfermería: Se define como una ciencia y arte humanístico aprendiendo que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad.</p>
<p>1979 Jean Watson</p>	<p>Teoría Del Cuidado Humano</p>	<p>Persona: Desde la mirada existencia-lista, Watson considera la persona Como. “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el <i>gestalt</i>, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.</p> <p>Entorno: Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imagina-do).</p> <p>Salud: De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.</p> <p>Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.</p>
<p>1980 Evelyn Adam</p>	<p>Trata de los diferentes papeles de la enfermera en el mantenimiento o el restablecimiento de la independencia de un cliente para satisfacer las 14 necesidades básicas.</p>	<p>Persona es un todo complejo con necesidades fundamentales</p> <p>Entorno no está definido explícitamente, pero se incluye como una de las 14 necesidades básicas.</p> <p>Salud no se define explícitamente.</p> <p>Enfermería es llevada a cabo mediante un individuo que asume un papel para complementar y suplir la fuerza, el conocimiento y la voluntad de un cliente.⁵</p>

⁵ Wesley, R. L.
1997 *Teorías y modelos de enfermería*. México, McGraw-Hill Interamericana.
http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html

1.5. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

FUENTES TEÓRICAS

En *The Nature of Nursing* identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas influencias se encuentra:

- ANNIE W. GOODRICH: Era decana de la Army School of Nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.
- CAROLINE STACKPOLE: Fue profesora de fisiología en el Teachers College de la universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.
- JEAN BROADHURST: Fue profesora de microbiología en el Teachers College. La importancia de la higiene y la asepsia hicieron mella en Henderson.⁶

⁶ Internet. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pag 15, 16,17.

Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pag 1, 2,3.

Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

POSTULADOS

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

* *Necesidad fundamental*: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca con carencias.

* *Independencia*: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

* *Dependencia*: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* *Problema de dependencia*: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

* *Manifestación*: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* *Fuente de dificultad*: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

* *Fuerza*: Se entiende por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

* *Conocimientos*: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

* *Voluntad*: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber en forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestido.
7. Termorregulación
8. Higiene y protección de la piel.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicación con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores y opiniones.
11. Religión.
12. Trabajar.
13. Juego y recreación.
14. Aprendizaje.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente.

Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

META PARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes:

Salud:

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

El Entorno:

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

Persona:

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia conforman una unidad.

Enfermería:

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

“La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible”.⁷

⁷ http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria_6.html
Modelos y teorías de Enfermería: Ann Marrier. Ediciones Rol.SA. 1º edición

1.6. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

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

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Los objetivos

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

EL DESARROLLO DEL PAE

Durante la interacción entre el personal de enfermería y el paciente, la enfermera debe contar con la capacidad de:

- Capacidad *técnica* (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad *intelectual* (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de *relación* (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Ventajas

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

LAS CARACTERÍSTICAS

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

1.7. ETAPA DE VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, lográndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, se debe tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

TIPOS DE DATOS DE RECOLECCIÓN

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Los tipos de datos son:

- **Datos Subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- **Datos Objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos Históricos:** antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Esto permite referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- **Datos Actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS

Entrevista Clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

- La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayuda a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física se centra en:

Determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.
- **Somatometría:** es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano y sus objetivos son: valorar el crecimiento del individuo, valorar su estado de salud y de enfermedad y ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería.

Medición de peso y talla: es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal, y la distancia existente entre la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo.

Una vez descritas las técnicas de exploración física se debe ver las diferentes formas de abordar un examen físico: cefalo caudal podálica (Desde la cabeza a los pies), por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que permita la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc.

Los componentes de la valoración del paciente son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Las razones que justifican su uso son de manera esquemática:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería

1.8. ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es un enunciado del problema real o en potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estará en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

El Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: Dependiente, Interdependiente e Independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión *dependiente* de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión *interdependiente* de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión *independiente* de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas.

- Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

3. Componentes de las Categorías de Diagnósticos aceptadas por la NANDA.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

Existen de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene tres componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término alto riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

1.9. **ETAPA DE PLANIFICACIÓN**

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados.
- Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo.

Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben concen- suarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede condu- cir a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Una vez que se ha priorizado los problemas que se van a tratar, se deberán definir los objetivos que se proponen con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer; qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **A corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **A mediano plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **A largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- Abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo...

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, accesibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

1.10. ETAPA DE EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase se menciona la continuidad de la recopilación y valoración de datos, esto es debido a que por un lado se debe profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

1.11. ETAPA DE EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Selección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la obtención de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.⁸

⁸ <http://www.buenastareas.com/ensayos/El-Proceso-De-Atencion-De-Enfermeria/227158.html>

CAPÍTULO II

2.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este Proceso Atención Enfermería se realizó la elección de la paciente el día 19 de mayo del 2009, en la unidad Tocoquirúrgica en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera Cosío" de la Secretaría de Salud del DF., con un horario de 07:00 am. a 14:00 pm. Con la autorización de la enfermera encargada, del paciente, con el consentimiento informado de que los datos recolectados no serian utilizados de mala forma ni divulgados a otras personas que no tengan que ver con el campo de la salud, (ética de la salud).

Para la recolección de los datos se utilizó; expediente clínico; para la exploración física se utilizó (estetoscopio para la auscultación así como los instrumento de trabajo como baumanometro y termómetro; para la inspección solo se utilizo la detallada observación; en cuanto a la palpación fue el sentido del tacto y la percusión, así mismo se detectaron las necesidades presentes en la paciente con preclampsia basados en las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson.

Los diagnósticos de enfermería se establecieron de acuerdo a la identificación de necesidades propias del individuo, con apoyo de etiquetas diagnosticas de la NANDA.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Para la elaboración de este caso, se seleccionó a una paciente adolescente que se encontraba encamada dentro de la unidad Tocoquirúrgica del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera Cosío" de la Secretaría de Salud del D.F.

La cual ingresó el día 19 de Mayo del 2009 con el siguiente diagnóstico médico:

Preclampsia Leve

La paciente se encontraba con antecedentes de malestar general por lo que acudió a la consulta externa, de donde la refirieron al hospital por encontrarla hipertensa para poder tratarla como situación de urgencia.

Este estudio se realizó durante el tiempo que la paciente permaneció dentro de la Unidad, bajo la posibilidad de que después llegaría el momento en que la inducirían al parto, en caso de que la presión arterial no fuera controlada.

Por otra parte la realización de este estudio se centró en satisfacer las necesidades de la paciente.

2.2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: 14 NECESIDADES HUMANAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: <u>SCM</u>	Edad: <u>18 años</u>	Escolaridad: <u>Primaria</u>
Edo. Civil: <u>Casada.</u>	Procedencia: <u>México D.F.</u>	Ocupación: <u>Ama de casa.</u>
Teléfono: <u>55668412</u>	Fecha de admisión: <u>19/05/09</u>	Fuente de información: <u>Directa e Indirecta.</u>
Servicio: <u>UTQ</u>	No de cama: <u>7</u>	
Diagnóstico médico: <u>Embarazo de 35.8 SDG con signo de preclampsia moderada</u>	No de Registro: <u>8546915561</u>	Peso actual: <u>60 Kg.</u>
	Peso inicial: <u>53kg</u>	Elaboración de la cedula: <u>19/05/05</u>
	Talla: <u>1.56mt.</u>	

MOTIVO DE INGRESO

El padecimiento inició hace dos días, motivo por el cual acudió a consulta externa, en donde le informaron de la elevación de su presión arterial siendo esta de 140/100, a si mismo se le detectó que presentaba edema de ++ en Miembros pélvicos, por lo que la ingresaron a esta unidad para inducirla al parto y por reactivo urinario, presentaba proteinuria, motivo por el cual fue ingresada a la unidad Tocoquirúrgica.

DATOS HISTORICOS

DATOS PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Toxicomanías: <u>Negadas</u>	Tabaquismo: <u>Negado</u>	Alcoholismo: <u>Negado</u>
Hospitalizaciones previas al embarazo: <u>Negado.</u>		Cirugías previas: <u>Si.</u>
Trasfusiones: <u>No</u>	Alergias: <u>Negadas.</u>	
Partos anteriores: <u>Con presencia de preclampsia.</u>		

DATOS PERSONALES PATOLÓGICOS: En la etapa final de su anterior embarazo presentó preclampsia moderada.

DATOS HEREDOFAMILIARES: Cuenta con padres sanos, y hermanos sanos, su abuela tiene Diabetes Mellitus tipo II

DATOS ACTUALES

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente femenina adolescente conciente, orientada en tiempo y espacio, a la exploración física cefalocaudal podálica se observó:

Constantes vitales: Pulso: 88 x' Respiración: 24 T/A : 140/110
Temperatura: 37.3 °

Cabeza: Se encuentra con palidez de tegumentos generalizada, visión normal, narinas permeables, mucosa oral semihidratada, con presencia de halitosis, audición con buena intensidad.

Cuello: Tráquea simétrica, no presenta inflamación de ganglios, se manifiesta sin dolor a la palpación.

Tórax: Se observa Tórax a la auscultación con campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardíacos audibles de buena intensidad y tono. Mamas turgentes, con pezón formado, con salida de calostro.

Extremidades torácicas: Se observan sin alteraciones aparentes, en miembro torácico izquierdo se encuentra con acceso venoso periférico permeable.

Abdomen: Se observa la presencia de cicatriz previa a su anterior cesárea, en este momento se encuentra con abdomen globoso a expensas de útero gestante con un fondo uterino de 36cm.; a la palpación se aprecia la reactividad del producto con presentación cefálica, situación longitudinal, posición derecha, abocado, y la frecuencia cardíaca fetal de su producto es de 150 por minuto. Ruidos peristálticos audibles.

Extremidades Pélvicas: En ambos miembros pélvicos se observa discreto edema de dos cruces.

Genitourinario: Genitales de acuerdo a edad y sexo, con presencia de drenaje urinario (Sonda Foley).

DATOS GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA: <u>14 años</u>	TELARCA: <u>14 años</u>	PUBARCA: <u>15 años</u>
CICLOS: <u>30 X 3</u>	DISMENORREA: <u>Negada</u>	IVSA: <u>15 Años.</u>
N. PAREJAS SEXUALES: <u>1</u>		
CONTROL PRENATAL: <u>No</u>		
PAPANICOLAU: <u>No</u>	FUR: <u>11 Septiembre</u>	FPP: <u>18 Junio.</u>
SDG: <u>35.8</u>	GESTAS: <u>2</u>	PARAS: <u>0</u>
CESÁREAS: <u>1</u>	ABORTOS: <u>0</u>	

Refiere dolor intenso e incomodidad en relación con la posición y las contracciones. Manifiesta estar preocupada por su bebe y la interrupción del embarazo.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

SUBJETIVO

Dificultad para respirar debido a:

Tos productiva/Seca: No

Características de las secreciones: No presenta

Dificultad para respirar: Por aumento de volumen abdominal, el cual aumenta al dormir.

Fumador: Negado Tiempo: Negado

Cantidad de cigarrillos: Negado

¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos?: Negado

OBJETIVO

Presencia de:

Disnea: Si Sin esfuerzo: Si Con esfuerzo: No

Tos productiva/ Seca: No presenta

Características de las secreciones

Hialinas: No presenta Amarillo: No presenta Verdosas: No presenta

Hemoptisis: No presenta Otras: _____

F.R. 24 T/A 140/110 FC. 88 PVC: No presenta

Dolor asociado a la inspiración o espiración: Si

Tabaquismo: Positivo/ Negativo: Negativo.

Síndrome de abstinencia: No presenta Uso de O2 Puntas nasales: No presenta

Mascarilla: No Ventilador: No

Parámetros del ventilador: No presenta

Presencia de cánula endotraqueal/Traqueostomía: No presenta

Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal:

Palidez: Confirmada Cianosis: No presenta Rubicundez: No presenta

Otros: _____

Llenado capilar: Llenado capilar de 2 por segundo.

RESULTADOS DE LABORATORIO

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Hemoglobina: 10.0% (Hombres: 14-18 g/dl; Mujeres: 12-16 g/dl)
Hematocrito: 40 % (Hombres: 42-52%; Mujeres: 37-47 %)
Leucocitos: 4800 (4300-10800/ μ l)
Linfocitos: 28% (1500-400/ μ l)
Monolitos: 5% (200-950/ μ l)
Eosinófilos: 0 (0-700/ μ l)
Neutrófilos: 50% (34-71% del total)
Plaquetas: 280 000 (150 000 – 400 000/ μ l)
Tiempos de Coagulación: 13.6 seg. (11-15 seg.)
TtP: 24 seg. (22-37seg.)

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.

SUBJETIVO

Talla: 1.56mt.
Peso antes de embarazarse: 53kg. Peso actual: 60kg.
Aumento de peso: 7 Kilos Pérdida de peso: No presenta
Dieta habitual: hábitos dietéticos adecuados, consumo de carne, leche, huevo, frutas y verduras de manera periódica.
Número de comidas: 3
Trastornos digestivos: No presenta Intolerancia alimentaria/alergias: No
Problemas de masticación y deglución: No presenta
Realiza ejercicio: No realiza
Uso de suplemento alimenticio: Durante su embarazo consumió ácido fólico
Uso de fármacos: No utiliza
Ingestión de sustancias que reducen el apetito: No utiliza
Otros: _____

OBJETIVO

Dieta indicada: Baja en grasas, dieta balanceada
Coloración de la piel:
Ictericia: No Pálida: Si Grisácea: No presenta
Estado de la piel:
Turgencia: Húmeda, caliente Hidratada: Si Seca: No
Estado de mucosas:
Integras: _____ Hidratadas: Semihidratadas Deshidratadas: No
Constitución:
Endomórfica: _____ Ectomorfica: _____
Características de cabello y uñas: Cabello corto reseco, uñas normales.
Aspectos de dientes y encías:
Adoncia: No presenta Edentulia: No presenta
Afección y manifestaciones de tubo digestivo: No presenta.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

SUBJETIVO

Hábitos intestinales: 3 veces al día

Características de las heces: Heces formadas sin datos de estreñimiento.

Orina: No presenta datos de infección urinaria, se encuentra con sonda foley.

Menstruación: 30X3

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: Negados

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: Negados

Presencia de hemorroides: No presenta

Dolor al evacuar: Negado

Prurito: Negado

Sangrado: Negado

Dolor al orinar: Negado

Otros: _____

OBJETIVO

Auscultación del abdomen:

Características del abdomen: Globo a expensas de útero gestante, con presencia de estrías y cicatriz por cesárea anterior media.

Estomas: No presenta.

Ruidos intestinales: Presentes y audibles.

Características de orina: No hay datos de infección, por el momento se encuentra con sonda foley.

Características de las evacuaciones: Heces formadas sin datos de estreñimiento.

Presencia de edema: Discreto edema de dos cruces.

QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa: 85 mg/dl (70-110 mg/dl)

Urea: 29 mg/dl (8-25 mg/dl)

Creatinina: 0.10 mg/dl (0.5-1.5 mg/dl)

Ácido úrico: 6.3 mg/dl (Hombres: 3.0-7.0 mg/dl; Mujeres: 3-7 mg/dl)

Sodio: 144 mEq/dl (135-145 mEq/dl)

Potasio: 3.8 mEq/dl (3.5- 5.0 mEq/dl)

Bilirrubina Total: 0.7 mg/dl (menos de 1.5 mg/dl)

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Ph: 7 (4.5-8)

Densidad: 1.010 (1.005-1.030)

Proteínas: 5 (< 150 mg/24hr)

Glucosa: Negativo (<300 mg/l)

Cetona: Negativo (<50 mg/l)

Sangre: ++ [0.015-0.062 mg/dl – (Hemoglobina)]

Bilirrubina: Negativo (No detectada)

Nitritos: Negativo (0.06-0.1 mg/dl (Ion nitrito)

Leucocitos: Incontables (5-15 células / µl)

Eritrocitos: 25 por campo

Bacterias: ++

Células Epiteliales: ++

Levaduras: Negativo

Levaduras: Negativo

Filamentos: Negativo

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Adecuado
Temperatura ambiental que es agradable: Templada

OBJETIVO

Temperatura corporal; 37.3° C
Características de la piel: Fría No Caliente: Caliente y turgente
Húmeda: Si Transpiración: Presente
Condiciones del entorno físico: Adecuada temperatura
Otros: _____

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

SUBJETIVO

Capacidad física cotidiana: Dificultad al final del embarazo
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Refiere dolor
Ejercicio tipo y frecuencia: No realiza Uso de prótesis y ortesis: Negados

OBJETIVO

Nivel de conciencia: Conciente, orientada y despierta
Estado del sistema neuromuscular y esquelético (estado del sistema nervioso):
Manifiesta estar incomoda, a si como de presentar dolor.
Fuerza: Debido a la posición en la que se encuentra manifiesta fatiga
Tono: Disminuida en relación al embarazo
Motricidad: Disminuida por el embarazo
Sensibilidad: Discreta Postura: Es incomoda debido a las contracciones
Ayuda para la deambulacion No se puede levantar por indicación médica
Presencia de temblores: No presenta
Cómo influyen las emociones en la movilidad y postura: Se presenta angustiada

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO

Horario de descanso: 22 hrs. Siesta: No refiere Alteración del sueño Si
¿A que considera que se deba la alteración del sueño?
A la preocupación por su estado de salud y riesgos que puede presentar debido a (preclampsia).
¿Se siente cansado al levantarse? Si Horario de descanso: 6 horas.

OBJETIVO

Actitud:
Ansioso: Si Angustiado: Si Irritable: No Ojeras: No presenta
Atención: No Bostezos: No Concentración: Si
Apatía: No Cefalea No presenta

NECESIDAD DEL USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO

¿Elige su vestuario en forma personal? Si
¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse No
¿Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos? Si
¿Utiliza pañal? No

OBJETIVO

¿Acepta el uso de bata hospitalaria Si
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Se encuentra con fatiga debido a su condición de embarazo.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: Diario
¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 3
Aseo de manos antes y después de comer: Si Después de eliminar Si
Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos No

OBJETIVO

Aspecto general con relación a su higiene: Debido a su condición se encuentra con mal olor de su piel.

Olor corporal: Mal olor acompañado de sudor. Presencia de halitosis: Si

Higiene y características de las uñas: Características normales, uñas limpias

Estado del pelo y cuero cabelludo: Cabello reseco, cuero cabelludo normal

Lesiones dérmicas: No presenta

Ulceras por decúbito: (presión) No presenta Intervención quirúrgica: Si

Micosis: Negado Puntas de presión en salientes óseas: No presenta

Zona de injerto: No presenta Lesión por quemaduras (espesor) No presenta

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO

¿Vive sólo o con su familia? Con su familia

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si

En caso de ser afirmativo mencione cuales:

Hogar Si Trabajo: No trabaja Vía pública No Hospital No

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? No

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria?

Autoconcepto, Autoimagen, autoestima: Prefiere solucionar los problemas ella sola, sin ayuda de alguien más.

Mencione las causas que considera que le puedan provocar peligro:

Dificultad para;

Escuchar: No Hablar: No Ver: No Desplazarse: Si

Uso de aparatos ortopédicos: Negados

Otros: _____

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Casa:	Propia: <u>No</u>	Alquilada: <u>Si</u>	
Tipo:	Sola: <u>Si</u>	Depto: <u>No</u>	Vecindad: <u>No</u>
Pisos:	Concreto: <u>Si</u>	Tierra: <u>No</u>	Mixta: <u>No</u>
Muros:	Tabique: <u>Si</u>	Madera: <u>No</u>	Cartón: <u>No</u>
Techo:	Concreto: <u>Si</u>	Lámina: <u>No</u>	
Baño:	Familiar: <u>Si</u>	Colectivo: <u>No</u>	Letrina: <u>No</u>
Habitaciones:	Cuartos: <u>2</u>		
N. integrantes de la familia:	<u>3</u>		

SERVICIOS PÚBLICOS

Agua domiciliaria: Si Extradomiciliaria: No
Drenaje: Si
Eliminación de basura: Camión recolector: Si
Pavimentación: Si

SERVICIOS DE SALUD

IMSS: No ISSSTE: No SSA: Si Otros: No

OBJETIVO

Afecciones corporales detectadas y grado de afección:

Métodos invasivos

Conducciones del ambiente de la unidad del paciente No

Iluminación: Es buena ventilación: Es adecuada

Humedad del piso: No es presente Higiene: No es apropiada

Otros: _____

NECESIDAD DE COMUNICARSE

SUBJETIVO

Estado civil: Casada Años de relación: 4 años

¿Vive con Causas de preocupación estrés? Si, a veces económicas

¿Manifiesta estas preocupaciones? No ¿A quien? A veces a su pareja

Rol en la estructura familiar Es esposa y madre

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? No

¿Cuánto tiempo pasa solo? Todo el día

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? Si

¿Con que frecuencia? Una vez por semana

OBJETIVO

Habla claro Si Confuso No

Dificultad En La Comunicación: Verbal/No Verbal con La Familia No

Otras personas significativas: Con su mama y esposo es cordial

Otros: _____

NECESIDAD VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO

Creencias religiosas: Católica

¿Sus creencias les generan conflictos personales No

¿De que tipo? : De ningún tipo

Principales valores personales: Honestidad, fidelidad y amistad

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? Si

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte? Refiere que son cosas naturales que suceden en cualquier momento en la vida del ser humano.

OBJETIVO

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso) Normal

¿Permite la exploración física? Si

Tiene algún objeto indicativo, de valores o creencias? No

¿Demanda la atención de algún guía espiritual' No

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO

Fuente de ingreso (Jubilado, pensionado, otro) Esposo

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? Si

¿Que actividades le hace sentir útil y satisfecho? Estar con su familia

¿Cómo influye en su estado emocional la incapacidad que presenta para trabajar?

Ella quisiera trabajar

OBJETIVO

Estado emocional del paciente:

Calmando: No

Ansioso: Angustiado por el pronóstico de su bebe

Enfadado: No

Retraído: No

Temeroso: Si

Irritable: No

Inquieto: Si

Eufórico: No

Otras manifestaciones: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES

SUBJETIVO

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ninguna

¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación?

No realiza actividades lúdicas

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa No

OBJETIVO

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar sus actividades lúdicas o recreativas? Si

¿Rechaza las actividades recreativas? No

Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas: Durante su estancia en la unidad no realizo actividades lúdicas, debido a su condición de embarazo.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO

Grado académico: Primaria terminada

Problemas de aprendizaje: No

Limitación cognitiva: No Tipo: No presenta

Preferencias para leer: Casi no lee

Escribir: Refiere que casi nunca escribe.

¿Conoce / utiliza, Las fuentes de apoyo de aprendizaje? Conoce algunas, y rara vez las utiliza.

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? Si

Otros: _____

OBJETIVO

¿Presenta alguna lesión del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? No

Estado de los órganos de los sentidos: Funcionales

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje? Refiere no afectarle

Ansiedad: Si Dolor: No Apatía: No

Estado de memoria reciente: Es buena

Remota: Negado

Otras: _____

ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS.



ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS.

Jerarquización de necesidades.

NECESIDADES	DATO OBJETIVO	DATO SUBJETIVO	DATO ACTUAL	DATO HISTÓRICO
Oxigenación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ T/A 140/100 ▪ FC de 88 por minuto ▪ FR de 24 por minuto. ▪ Presenta dificultad para respirar. ▪ Hemoglobina 10% mg/dl 	La paciente refiere tener dificultad respiratoria	A un cuando se mantiene dentro de los parámetros normales ella manifiesta sentirse incomoda.	Desde que inicio el segundo trimestre de su embarazo ella manifiesta incomodidad al respirar.
Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Talla: 1.56mt. ▪ Peso antes de embarazarse: 53kg. ▪ Peso actual: 60kg. ▪ Aumento de peso: 7 Kg. ▪ Coloración de la piel: Pálida ▪ Turgencia: Húmeda, caliente, Hidratada: Mucosas orales: Semihidratadas. ▪ Cabello corto reseco, 		Se encuentra con acceso venoso periférico permeable en miembro torácico izquierdo.	Durante su inicio del embarazo consumió ácido fólico.

<p>Eliminación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecal: • Urinaria 	<p>uñas normales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En miembros torácicos no presenta alteraciones aparentes. ▪ Edema de dos cruces en miembros pélvicos. <p>Las características de las heces son formadas, sin datos de estreñimiento.</p> <p>Las características de la orina son normales. EGO: Ph: 7, proteínas: 4 mg/dl; glucosa y cetonas negativas; sangre: ++; bilirrubina negativo, nitritos: negativos; leucocitos: incontables; eritrocitos 25 por campo, bacterias ++; células epiteliales ++; levaduras y filamentos negativos.</p>	<p>La paciente niega tener dificultad para evacuar</p> <p>Refiere estar incomoda tras la instalación de la Sonda Foley.</p>	<p>Desde su ingreso la paciente se encuentra sin problema aparente en su eliminación fecal.</p> <p>La sonda se encuentra sin datos aparentes de infección.</p>	<p>Refiere no haber tenido problemas anteriormente.</p>
--	---	---	--	---



ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS.

Jerarquización de necesidades.

NECESIDADES	DATO OBJETIVO	DATO SUBJETIVO	DATO ACTUAL	DATO HISTÓRICO
Termorregulación.	Las condición de su piel se encuentra pálida, caliente además de turgente, se encuentra afebril con una temperatura corporal de 37.3 ° C.	Manifiesta sentirse un poco incomoda.	Se presenta en primer día en el hospital esta temperatura corporal.	Menciona que siempre ha mantenido temperaturas corporales normales.
Movimiento y mantenerse en buena postura.	La postura en la que se encuentra es incomoda. Su motricidad esta disminuida por el embarazo	Refiere sentirse incomoda y manifiesta dolor.	Se presenta durante su estancia a la unidad.	Desde su segundo trimestre de embarazo ella le cuesta trabajo movilizarse.
Descanso y sueño.	Se encuentran limitados sus periodos de descanso y sueño.	Manifiesta estar preocupada y eso le genera disminución del sueño, se encuentra ansiosa.	Desde su ingreso la paciente refleja inseguridad acompañada de ansiedad.	No tiene dificultad para dormir.



ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS.

Jerarquización de necesidades.

NECESIDADES	DATO OBJETIVO	DATO SUBJETIVO	DATO ACTUAL	DATO HISTÓRICO
Higiene y protección de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su piel se encuentra con mal olor debido a la diaforesis que presenta. ▪ Presenta halitosis. ▪ Mamas turgentes con pezón formado y presencia de calostro. ▪ Abdomen globoso a expensas de útero gestante, con cicatriz previa a su anterior cesárea. 	Señala que no le gusta estar así, porque se siente incómoda.	La paciente tiene la piel sudorosa además de presentar halitosis	Manifiesta que en su casa se baña todos los días a si como de lavarse los dientes 3 veces al día.
Uso de prendas de vestir.	Lleva consigo una bata que se le proporciona a su llegada al hospital, es amplia y segura.	La paciente expresa estar cómoda con la bata que lleva puesta.	Se mantiene con la bata que se le reproporciono al estar en la unidad.	Ella viste lo mas cómodo posible



ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS.

Jerarquización de necesidades.

NECESIDADES	DATO OBJETIVO	DATO SUBJETIVO	DATO ACTUAL	DATO HISTÓRICO
Evitar peligro.	Se encuentra protegida por el personal de salud que se encuentra en la unidad.	Dice la paciente estar tranquila en el lugar donde se encuentra.	La paciente nunca permanece sola.	La mayor parte del tiempo esta sola en su casa.
Comunicación.	Se valora a la paciente con muchos sentimientos de inseguridad por el pronóstico de su embarazo.	Refiere estar atemorizada por no saber lo que pueda suceder durante el parto.	El día de hoy se encuentra nerviosa y tensa.	Inicia desde su llegada al hospital.
Vivir según creencias y valores.	Se observa que la paciente vive de acuerdo a sus creencias y que eso no le trae conflictos con su familia.	Menciona tener mucha fe en Dios, a si mismo manifiesta que sus valores son muy fuertes ante la adversidad.	No cuenta con algún objeto simbólico a sus creencias	Ella es católica y tiene mucha fe en Dios.



ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DATOS.

Jerarquización de necesidades.

NECESIDADES	DATO OBJETIVO	DATO SUBJETIVO	DATO ACTUAL	DATO HISTÓRICO
Trabajar y realizarse.	La paciente no trabaja desde hace ya mucho tiempo.	La señora indica ser ama de casa.	No cuenta con trabajo.	Hace 2 años que no trabaja.
Jugar y participar en actividades Recreativas.	No realiza ninguna actividad recreativa.	Menciona ser una persona accesible y aun cuando no realiza ninguna actividad.	Por el estado de su embarazo, le ha llevado a limitaciones con su familia.	Desde hace un mes que su estado de salud le impide salir con su esposo e hijo.
Aprendizaje.	Tiene una capacidad de retención a si mismo percibe con facilidad las cosas.	No tiene ningún problema de aprendizaje, dice que tiene mucha capacidad de retención de datos.	Accede de forma correcta todas las indicaciones que se le dan en su tratamiento.	Siempre ha tenido la capacidad de atender instrucciones de forma adecuada.

CAPÍTULO III

3.

**ETAPA
DE
DIAGNOSTICO
PLANEACIÓN
EJECUSIÓN
EVALUACIÓN**

ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Problema Interdependiente: Preclampsia.

Complicaciones Potenciales

- Eclampsia
- Síndrome de Hellp
- Hemorragia cerebral
- Edema cerebral
- Insuficiencia renal
- Compromiso fetal
- Coma
- Muerte

Definición: Se define como preclampsia al desarrollo de hipertensión (Sistólica sostenida por lo menos de 140 mmHg, y Diastólica de no menos de 90 mmHg; o elevación de la presión diastólica mayor o igual a 15 mmHg o de la sistólica 30 mmHg en dos ocasiones al menos en 6 horas), con proteinuria (mayor o igual a 300 Mg. De proteínas en 24 horas), luego de las 20 semanas de gestación.

Indicaciones Medicas	Fundamentación Teórica	Hora	Acciones de Enfermería	Observación
FUNCIONES INTERDEPENDIENTES				
Hidralazina 6 mg	Es un vasodilatador arteriolar, mantiene el gasto cardíaco materno, puede provocar taquicardia, en cuestionado su efecto a nivel placentario puede dar trombocitopenia neonatal, se puede hacer bolos intravenosos de 5 a 10 Mg. O en infusión de 0.04 mgs/ml, tiene una duración de dos horas y su máximo efecto es en 20 minutos, por lo que se discute su utilización en la emergencia.	8:00 am.	Aplicar los medicamentos basada en los 5 correctos: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente correcto • Hora correcta • Medicamento correcto • Dosis correcta • Vía de administración correcta 	Posterior a la ministración de medicamentos se observo una disminución de la T/A de hasta 135/90

Sulfato de magnesio 5 g.	<p>Actualmente es considerado el anticonvulsivo de elección en el tratamiento de preclampsia/eclampsia ya que ejerce un efecto vasodilatador a nivel cerebral, además de bloquear la transmisión neuromuscular con la disminución de la liberación de acetilcolina a nivel periférico, en respuesta a los potenciales de acción neuronales.</p> <p>Los efectos del magnesio en el embarazo incluyen una transitoria disminución de las resistencias vasculares uterinas y un aumento en el flujo sanguíneo útero-placentario.</p>	8:30		
--------------------------	---	------	--	--

FUNCIONES INDEPENDIENTES

Indicaciones de Enfermería	Fundamentación Teórica	Hora	Acciones de Enfermería	Observación
<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales, dos por turno. • Valorar la presión arterial cada hora en ambos brazos, con la paciente en la misma posición. 	<p>La toma y registro de las constantes vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores que son del estado funcional del paciente. Los signos vitales reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (Cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.</p> <p>La presión arterial puede fluctuar cada hora, como resultado de aumento de la resistencia periférica a causa de vasoconstricción y espasmo arteriolar. La presión diastólica es un mejor indicador de la gravedad del trastorno.</p>	<p>8:00 12:00</p> <p>8:00 – 14:00</p>	<p>Temperatura: 37.3 °C Pulso: 88 por minuto Respiración: 24 por minuto. T/A : 140/100</p> <p>140/100 a 135/90</p>	<p>Los signos vitales se mantuvieron en sus parámetros normales, excepto la presión arterial la cual fue de 140/100</p> <p>No refiere la presencia de cefalea, acúfenos ni fosfenos.</p>

FUNCIONES INDEPENDIENTES

Indicaciones de Enfermería	Fundamentación Teórica	Hora	Acciones de Enfermería	Observación
<ul style="list-style-type: none"> • Insertar Sonda Foley. 	<p>La sonda facilita la valoración de la orina cada hora. Disminuye el flujo plasmático renal y filtración glomerular.</p>	<p align="center">9:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el expediente clínico la indicación de sondeo vesical de la paciente y al mismo tiempo rectificar los datos de su identificación, así como llamarle por su nombre. • Explicar a la paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar. • Asegurar la privacidad de la paciente. • Proporcionar apoyo psicológico a la paciente, mencionarle que el relajar los esfínteres urinarios favorece la introducción de la sonda, siendo ésta menos dolorosa. • Iniciar procedimiento de la introducción de la sonda foley 	<p>La paciente presento molestia en el momento de la instalación de la sonda Foley.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la excreción de orina cada hora; avisar al médico si la excreción de orina es < de 30 ml/hora. 	<p>La HIE presenta reducción del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular, si la oliguria aumenta es un signo de que pueda empeorar.</p>	<p align="center">8:00-14:00</p>	<p>Cuantificar gasto urinario por hora.</p>	<p>Se tuvo la precaución se verificar que el gasto urinario no fuera menor a 30 ml/h, Se hizo balance de egresos, dando este positivo.</p>

FUNCIONES INDEPENDIENTES

Indicaciones de Enfermería	Fundamentación Teórica	Hora	Acciones de Enfermería	Observación
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de edema de tobillos y dedos, manos y cara. 	<p>El edema se debe a la retención de sodio por disminución de filtración glomerular que provoca salida de líquido del espacio intravascular al extravascular.</p>	<p>Por turno</p>	<p>Se valora edema de ++ en ambos miembros pélvicos. Se realizó vendaje compresivo en ambas piernas para disminuir el edema y mejorar el retorno venoso, a sí mismo se procuro mantener las piernas elevadas.</p>	<p>Durante el turno se valoró el signo de Godet de ++ en miembros pélvicos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente agradable hospitalario sin estrés. 	<p>Un ambiente sin estrés, evita la estimulación e irritación cortical, lo que evita la hiperreflexia.</p>	<p>Durante el turno.</p>	<p>Se procura evitar ruidos innecesarios.</p>	<p>El área es muy cerrada y fresca, se procuro mantener un ambiente adecuado para la paciente y evitar cualquier dato de incomodidad</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la ropa de la cama limpia y bien estirada. 	<p>El no tener un área totalmente lisa, ejerce mayor presión sobre el cuerpo provocando una mayor potencialidad a una lesión, las arrugas en la cama provocan la inquietud, irritabilidad, ansiedad y alteraciones en el ciclo vigilia sueño.</p>	<p>Durante el turno</p>	<p>Se realizó el cambio y tendido de ropa al inicio del turno, se aprovecho a así mismo para movilizar a la paciente</p>	<p>Solo en una ocasión se realizó el tendido de cama y al mismo tiempo se movilizó a la paciente lo cual fue favorable para cambiarla de posición.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener en posición de decúbito lateral izquierdo. 	<p>La posición supina somete a compresión tanto la vena cava inferior como la aorta, y disminuye el riego sanguíneo hacia el útero grávido. Se comprimen también las arterias renales en la posición supina, con lo que disminuye la circulación sanguínea hacia los riñones. En la posición erguida el útero aumentado de peso aplica presión sobre las venas ilíacas, con lo que se acumula sangre en las piernas y disminuye el volumen san-</p>	<p>Durante el turno</p>	<p>Se coloca en posición decúbito lateral izquierdo y en Semifowler, lateral derecho, con almohadas en la cabecera.</p>	<p>Se realizaron diferentes posiciones dando preferencia a la posición de decúbito lateral izquierdo con el fin de evitar la presión sobre la vena cava y mejorar la perfusión placentaria.</p>

	<p>gúineo central y riesgo sanguíneo uterino y renal. La posición de decúbito lateral derecho hace que el útero ejerza presión sobre la vena cava inferior y sobre el uréter derecho. En la posición de decúbito lateral izquierdo, sin embargo, se incrementan flujo plasmático renal, y riego placentario.</p>			
--	--	--	--	--

FUNCIONES INDEPENDIENTES

Indicaciones de Enfermería	Fundamentación Teórica	Hora	Acciones de Enfermería	Observación
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar signos de trabajo de parto, cada hora. 	<p>Debido a la perfusión placentaria reducida por el vasoespasmo, el feto puede tener dificultades para tolerar la tensión del trabajo de parto y en ocasiones es necesario recurrir a la cesárea.</p>	8:00-14:00	Se explora abdomen para verificar si existe alguna contracción.	No se identifica ningún dato de trabajo de parto.
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de limpieza bucal con bicarbonato de sodio. 	<p>Fomentar y mantener hábitos higiénicos de la cavidad oral, remueve placa bacteriana, estimula la circulación en el tejido gingival y promueve la sensación de limpieza y bienestar físico.</p>	11:00	Se ejecuta enjuague bucal con bicarbonato de sodio.	Manifiesta sentirse más cómoda al estar sin mal olor en su boca.
<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar baño de esponja. 	<p>Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y continuamente la humedad, favorece un medio para el desarrollo de microorganismos. El baño permite liberar células muertas, secreciones, sudor y polvo de la piel, promueve la función circulatoria, si se proporciona con agua tibia produce relajación muscular, induce al descanso y sueño del paciente y disminución de fatiga e irritabilidad.</p>	11:15	Se preparó todo lo necesario para realizar el baño, y se le pidió a la paciente su colaboración para facilitar el procedimiento.	Después del baño la paciente se observó mas relajada, y manifestó sentirse mejor.

COMENTARIOS

Durante el turno no se observó ningún síntoma de complicación potencial; la presión se mantuvo de 140/100 a 135/90. Así como el edema de miembros inferiores de ++ ; la paciente, se mantuvo preocupada por su bebé, no se requirió modificar el tratamiento médico ni de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Comunicación

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado con el embarazo y manifestado por la presión arterial elevada.

Definición: Estado en el que la persona o grupo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo, como respuesta a amenazas imprecisas e inespecíficas.

Objetivo: Ayudar a la persona a reducir su grado de ansiedad actual.

Intervenciones De enfermería	Fundamentación Científica	Hora	Ejecución	Observación
Permanecer junto a la persona.	Permanecer junto al paciente puede ayudar a esclarecer y expresar verbalmente sus temores a si como sentirse seguro.		Durante la estancia de la paciente en la unidad, siempre permaneció bajo cuidado de enfermería.	Ella manifestó sentirse segura con compañía brindada durante el turno.
Trasmitir comprensión y empatía.	Proporcionar apoyo emocional y animar al cliente a que comparta sus sensaciones, le permite considerar sus temores y recibir de la enfermera refuerzos realistas y tranquilidad.	Durante todo el turno.	Mientras ella permaneció en la unidad se procuro mantener una actitud comprensiva y que ella se pudiera dar cuenta del tipo de trato recibido de enfermería	La paciente consideró que el trato hacia ella fue muy grato.
Pedir a la paciente que exprese sus dudas y temores.	La expresión de los sentimientos permite a la paciente hacer frente a sus emociones y resolver problemas.		La tolerancia que se le brindó a la paciente bajo la comunicación fue importante, ya que permitió el acercamiento y que ella pudiera manifestar sus temores.	Se observó que la paciente reflejaba estados de ansiedad y angustia por su bebe.

<p>Proporcionar información de enfermería fiable sobre su situación.</p>	<p>El proporcionar la información de enfermería precisa reduce los conceptos erróneos, disminuye al mínimo los temores del cliente y le ayuda a adaptarse.</p>		<p>Durante todos los procedimientos de enfermería realizados se le informó verbalmente a la paciente, así como el motivo de realización de los mismos.</p>	<p>La paciente mostró una actitud cooperadora ante los procedimientos efectuados.</p>
--	--	--	--	---

ETAPA DE EVALUACIÓN

Durante los 2 días de relación enfermera-persona, se valoró que el resultado fue alentador, debido a que la paciente mostró mucho interés y atención a las indicaciones, a si mismo ella pudo manifestar sus emociones verbalmente. Por lo que el estado de ansiedad disminuyo favorablemente.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Respirar Normalmente

Diagnóstico de enfermería: Patrón Respiratorio Ineficaz R/c ansiedad, fatiga M/p Disnea.

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Objetivo: Mejorar la función respiratoria.

Intervenciones De enfermería	Fundamentación Científica	Hora	Ejecución	Observación
Proporcionar posición semi-fowler.	La posición semifowler proporciona una vía aérea permeable, y favorece la respiración de la paciente.	9:00	Se realizo la elevación de la cama a 45°	Se observo que la paciente se encontró mas cómoda en esta posición.
Monitoreo constante de signos vitales.	El monitero de S/V es útil para verificar anomalidades principalmente en la T/A, F.C. y F.R.	8:00 12:00	Se tomaron los signos vitales dos por turno.	Los signos vitales fueron: Temperatura:37.3 °C ;Pulso: 88 por minuto; Respiración: 24 por minuto.; T/A : 140/100 A pesar de que sus parámetros de respiración son normales, ella refiere sentir molestia al respirar.
Enseñanza para el auto cuidado del patrón respiratorio	Las técnicas de respiración que se enseñan pueden facilitar la plena exhalación, promoviendo por tanto, la renovación de aire atrapado, aumentando la eficiencia respiratoria y permitiendo una gama más amplia de movilidad.	10:00	Se le enseñó la técnica de respiración, que consistió en exhalar inhalar pausadamente, permitiendo además que la respiración fuera lenta y profunda, logrando a si disminuir los estados de ansiedad de la paciente	Se aprecia que la paciente muestra atención a las instrucciones, pero aun a si le cuesta trabajo coordinar su respiración.

ETAPA DE EVALUACIÓN

La paciente permaneció con dificultades para respirar debido a que se encontraba cansada, las intervenciones de enfermería considero fueron las correctas, aunque el objetivo no se logro del todo, puesto que aun cuando la paciente se le instruyo, ella no pudo controlar su respiración por completo.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Eliminación Urinaria.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección R/c permanencia de drenaje urinario (Sonda Foley)

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Objetivo: Detectar oportunamente datos de infección de vías urinarias.

Intervenciones De enfermería	Fundamentación Científica	Hora	Ejecución	Observación
Vigilar datos de infección en sitio de entrada de la sonda Foley.	El reconocimiento precoz de una infección facilita una rápida intervención para resolver el problema.	Durante todo el turno	Se vigilaron los datos de infección que pudiera presentar la paciente como: <ul style="list-style-type: none"> • Las molestias que manifieste la paciente tales como dolor o escozor. • Piel enrojecida o caliente • Escalofríos, fiebre, sudoración profusa. 	No se apreciaron datos de infección en el transcurso del turno.
Observar características de la orina.	La disminución del volumen urinario, y la orina tubaria son indicadores de retención e infección urinaria.	Durante todo el turno	Se apreciaron las características de la uresis tales como: <ul style="list-style-type: none"> • La cantidad que fue de 650 ml. • Aspecto: se observó que la uresis tenía color amarillo claro, • Olor: no fétido 	No se determinaron datos de oliguria, ni de infección urinaria.

<p>Mantener circuito cerrado durante el drenaje de la bolsa colectora de orina.</p>	<p>El sistema cerrado de la sonda, evita contaminación cruzada al manipular la orina.</p>		<p>Se tuvo la precaución de que el circuito cerrado se encontrara en la mejores condiciones, a si como de tener cuidado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos antes y después de manipular la sonda y/o la bolsa colectora. • Limitar el uso de la sonda vesical solo cuando fuera necesario. • Cambiar o vaciar la bolsa antes de que esté completamente llena. 	<p>Se procuró estar al pendiente del mantenimiento del circuito cerrado, aplicando las técnicas de asepsia durante su manipulación.</p>
<p>Mantener la bolsa de orina por debajo del nivel de la cama de la paciente.</p>	<p>La elevación de la sonda colectora conectada a una sonda urinaria, favorece el retorno de la orina, haciéndolo más susceptible a infecciones.</p>		<p>Los cuidados que se tuvieron fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la bolsa colectora estuviera a una altura inferior a la vejiga y bien fijada por debajo de la cama. • Evitar tirones que pudieran provocar traumatismos o desconexiones accidentales del sistema. • Que la bolsa no tocara el suelo. 	<p>La sujeción de la bolsa colectora a si como de su posición fue la correcta, evitando a si la posible desconexión de la misma.</p>

ETAPA DE EVALUACIÓN

Las intervenciones de enfermería en la atención a la necesidad de eliminación urinaria fueron las adecuadas, dado que al estar vigilando las posibles alteraciones e infecciones que pudiera desarrollar la paciente tras estar con el sondaje vesical. Por otra parte se pudo evaluar que si se logro el objetivo que se esperaba al no tener datos objetivos de infección urinaria.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física R/C intolerancia a la actividad M/p dificultad para girarse en la cama.

Definición: Limitación del movimiento independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Objetivo: Proporcionar ayuda para desplazarse en la cama.

Intervenciones De enfermería	Fundamentación científica	Hora	Ejecución	Observación
<p>Mantener la alineación del cuerpo, dando la prioridad a la posición de decúbito lateral izquierdo</p> <p>Asistirla durante la movilización.</p>	<p>La correcta alineación de los segmentos favorece el funcionamiento orgánico.</p> <p>En la posición de decúbito lateral izquierdo se incrementa el flujo plasmático renal y el riego placentario.</p> <p>El cambio frecuente y periódico de posición tiene como objetivo favorecer la respiración y la circulación sanguínea evitando así posibles complicaciones.</p>	<p>Durante el turno</p>	<p>Los cambios posturales y la movilización que se realizaron fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En decúbito lateral izquierdo y • en posición de Semifowler, en decúbito lateral derecho, con almohadas en la cabecera. • Cabeza derecha sin flexión. • Espalda derecha, manteniendo una alineación corporal en la que la paciente se encontrara más cómoda. 	<p>La colocación de las diferentes posturas que se le brindaron a la paciente, permitió que esta se mantuviera más cómoda durante el turno.</p>

ETAPA DE EVALUACIÓN

La selección y realización de la planificación de los cuidados estuvo en función de la necesidad de la paciente, por lo que no se tuvo que hacer modificaciones al plan de cuidados establecidos, ya que si se logro ayudar a que la paciente se desplazara en la cama y así disminuir el malestar físico en el que se encontraba por estar en una sola posición en cama.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Descanso y Sueño.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del Patrón de Sueño R/ ansiedad M/p Insomnio.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

Objetivo: Lograr que la paciente tenga periodos de sueño mas prolongados.

Intervenciones De enfermería	Fundamentación científica	Hora	Ejecución	Observación
<p>Identificar causas que contribuyan a alterar el sueño.</p> <p>Proporcionar medidas de confort.</p> <p>Proporcionar un ambiente tranquilo y silencioso durante los periodos de sueño.</p>	<p>La identificación de las posibles causas ayuda a la enfermera y al cliente a planear intervenciones apropiadas para favorecer el sueño.</p> <p>Las medidas de relajación ayudan a conciliar el sueño.</p> <p>Un ambiente tranquilo y silencioso favorece un sueño reposado.</p>	durante el turno	<p>Se cuestionó a la paciente para saber cual era el motivo de su ansiedad y tratar que ello no le generara problemas para conciliar el sueño; por tal motivo se procuro reducir las distracciones ambientales como también aquellas que interrumpieran el sueño, disminuyendo la cantidad y clase de estímulos recibidos (conversaciones del personal).</p> <p>Por otra parte se organizaron los procedimientos para reducir al mínimo las molestias durante el periodo de sueño,</p>	<p>La paciente durmió por periodos muy cortos, debido a que se despertaba con mucha facilidad.</p> <p>El ambiente en la unidad a pesar de ser cerrado no disminuyó los ruidos generados por el personal.</p>

ETAPA DE EVALUACIÓN

La relación enfermera –paciente fue buena, a pesar de que el objetivo no se logró, puesto que los agentes distractores no se redujeron, debido a que el personal se mantuvo platicando cerca de la paciente, por lo cual ésta logró dormir solo por periodos muy cortos.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Higiene Y Cuidados De La Piel.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado: higiene R/c estancia hospitalaria y carencia de utensilios de aseo personal M/p mal olor y sudación excesiva.

Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de higiene.

Objetivo: Proporcionar medidas higiénicas y mantener la comodidad.

Intervenciones De enfermería	Fundamentación científica	Hora	Ejecución	Observación
<p>Mantener la piel limpia y seca.</p> <p>Proporcionar comodidad y evitar que la paciente sienta dolor.</p> <p>Evitar que la paciente este mojada, realizar cambio de ropa de cama.</p>	<p>Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y continuamente la humedad, favorece un medio para el desarrollo de microorganismos y maceración de la piel.</p> <p>La incomodidad y el dolor disminuyen la capacidad para realizar autocuidado.</p> <p>La humedad retenida puede causar la maceración de la piel, actuando como un reservorio de infección, disminuyendo de este modo la tolerancia tisular y haciendo a la piel más vulnerable a las lesiones.</p>	<p>Durante el turno</p>	<p>Se realizó el cambio y tendido de la ropa de la cama, a si mismo se le dió una bata, la cual le proporcionó comodidad, se realizaron cambios de posición para evitar la presión sobre prominencias óseas, por otra parte, debido al edema que presentaba se decidió utilizar el vendaje compresivo en ambos miembros pélvicos, también se hizo limpieza bucal durante el turno, permitiendo a si que la paciente se encontrara más cómoda.</p>	<p>La paciente se mostró mas satisfecha al realizarle la limpieza bucal, proporcionándole un estado de bienestar.</p>

<p>Realizar vendaje compresivo en miembros pélvicos.</p>	<p>El vendaje compresivo mejora el retorno venoso.</p>	<p>11:15</p>	<p>Se preparó todo equipo necesario para realizar el baño, y se le pidió a la paciente su colaboración para facilitar el procedimiento.</p>	<p>Después del baño la paciente se observó mas relajada, y manifestó sentirse mejor.</p>
<p>Realizar cambios de posición, o pedirle a la paciente que ella lo realice continuamente.</p>	<p>Los cambios de posición alivian y alternan las zonas de presión corporales.</p>			
<p>Realización de limpieza bucal con bicarbonato de sodio.</p>	<p>Fomentar y mantener hábitos higiénicos de la cavidad oral, remueve la placa dentó bacteriana, estimula la circulación en el tejido gingival y promueve la sensación de limpieza y bienestar físico.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar baño de esponja. 	<p>Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y continuamente la humedad, favorece un medio para el desarrollo de microorganismos. El baño permite liberar células muertas, secreciones, sudor y polvo de la piel, promueve la función circulatoria, si se proporciona con agua tibia produce relajación muscular, induce al descanso y sueño del paciente y disminución de fatiga e irritabilidad.</p>			

ETAPA DE EVALUACIÓN

A pesar de que no se le pudo realizar un baño a la paciente, si se le proporcionaron medidas higiénicas que le permitieron sentirse más cómoda, el plan de intervenciones de enfermería se mantuvo propicio a la necesidad de la paciente logrando que el objetivo si se llevara a cabo, mejorando la imagen de la paciente.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: Aprendizaje.

Diagnóstico de enfermería: Conocimientos deficientes sobre Planificación Familiar.

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con la Planificación Familiar.

Objetivo: Brindar información necesaria sobre planificación familiar.

Intervenciones De enfermería	Fundamentación científica	Hora	Ejecución	Observación
<p>Brindar información sobre la importancia y beneficios de la planificación familiar.</p> <p>Informar a la paciente la diversidad de métodos de planificación que existen.</p> <p>Aclarar la relación que hay entre embarazos de alto riesgo y el número de</p>	<p>El fomento de la planificación familiar tiene como objetivo contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, específicamente de las parejas que planean espaciar sus hijos, evitar los embarazos no deseados o no planeados a través de la orientación y consejería, ofertando sistemáticamente los métodos anticonceptivos en todas las unidades de salud, enfocando principalmente a aquellas mujeres con factores de riesgo como el ser menor de 20 años o mayor de 35 o que tengan alguna enfermedad crónica degenerativa.</p>	<p>13:00</p>	<p>Mediante una charla que se le ofreció a la paciente, se le pudo informar todo lo relacionado con la planificación familiar, y la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos tanto definitivos como temporales, por otra parte se le hizo la aclaración de los riesgos que pudiera presentar si se volviera a embarazar, por ultimo se le motivo a que acudiera a su centro de salud junto con su esposo para iniciar su planificación familiar así como de llevar el control prenatal de su bebé.</p>	<p>La paciente mostró mucho atención cuando se le impartió la charla</p>

hijos, intervalo intergenésico, edad materna, entre otros y la importancia de espaciar o limitar los embarazos.				
---	--	--	--	--

ETAPA DE EVALUACIÓN

La información que se le ofreció a la paciente sobre planificación fue la correcta, a pesar de que ella ignoraba muchas cosas, pero mostró mucho interés, los planes de enfermería establecidos fueron enfocados para que la paciente considerara los métodos de planificación familiar y así pudiera evitar un futuro embarazo.

4. CONCLUSIONES

En la actualidad enfermería tiene un rol colaborativo y un rol de ejercicio independiente que implica responsabilidad legal, moral y de compromiso de formular sus métodos y sus teorías para atender, ayudar, confortar y guiar con la racionalidad científica que debe tener un profesionista que aplica sus conocimientos y experiencia en beneficio de la sociedad.

Debido a este enfoque en el cual enfermería es el responsable de atender con excelencia aspectos relacionados con el bienestar de las personas es que realizo este Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, y que fue muy satisfactorio, pues se logró llevar a cabo acciones de enfermería basadas en la relación enfermera-paciente de una manera muy cálida, además de mostrarle empatía y comprensión durante su estancia en la unidad, se consiguió planificar los cuidados específicos para prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, estableciendo las prioridades en los cuidados.

Considerando que se trataba de una paciente adolescente que cursaba con datos de preclampsia leve, se tuvo la atención de brindarle confianza para que pudiera expresar sus emociones y a si ella se mantuviera más tranquila, y esto le permitiera disminuir su estado de ansiedad, debido a que esta le generaba alteraciones es su estado de salud.

5. SUGERENCIAS

Durante la estancia en la unidad se observó que la actitud de las enfermeras hacia las pacientes fue buena, pero el tiempo que se les proporcionaba era escaso, debido a que cada día las rotaban y no siempre se les asignaba la misma paciente, lo que generaba la ruptura de una relación terapéutica.

Por lo que se sugiere que el personal este mas tiempo con los pacientes para así poder afianzar el vinculo enfermera-paciente y mejorar la comunicación entre ambas.

Debemos pugnar por la profesionalización de la carrera, para poder lograr los servicios de calidad, ya que durante mi permanencia pude percatarme, que la mayor parte del personal de enfermería es general.

6.- GLOSARIO

- **CALCITRIOL:** Forma activa de vitamina D. El calcitriol se forma en los riñones o se produce en el laboratorio. Se usa como medicamento para aumentar las concentraciones de calcio en el cuerpo y así tratar las deficiencias de calcio esqueléticas y de los tejidos causadas por trastornos renales o tiroideos. Al regular el nivel de calcio en la sangre, ayuda a mantener el calcio en los huesos y en el equilibrio químico en el cuerpo.
- **CILINDRURIA:** Presencia en la orina de cilindros de procedencia renal. Presencia de cilindros en el sedimento urinario, caracterizados por la precipitación en la luz de los segmentos distales de la nefrona de proteínas secretadas por el túbulo renal y por otros elementos.
- **CRISTALURIA:** Presencia de cristales en la orina. Esta alteración puede dar lugar a la irritación del tracto urinario.
- **EICOSANOIDE:** Son sustancias fisiológicamente activas, derivadas del ácido araquidónico (por ejemplo: Prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos), sintetizadas a través de la cascada de este compuesto. Cumplen amplias funciones como mediadores para el sistema nervioso central, los eventos de la inflamación y de la respuesta inmune.
- **FOSFENOS:** Percepción de un destello luminoso, que se produce por la estimulación mecánica de la retina, en ausencia de un estímulo visual. Sensación luminosa (imagen entóptica) percibida por el ojo sin que haya sido provocada por la luz. Puede ser espontánea (migraña oftálmica) o consecutiva a un traumatismo, a una compresión del ojo o a una excitación eléctrica de la retina.
- **MOLA HIDATIFORME:** Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).
- **OPISTÓTONOS:** Es una afección en la cual el cuerpo se sostiene en una postura anormal y, por lo general, involucra rigidez y arqueamiento severo de la espalda, con la cabeza tirada hacia atrás. Si a una persona con opistótonos se la dejara recostada de espaldas, sólo la parte posterior de la cabeza y los talones tocarían la superficie de apoyo.
- **TINNITUS O ACÚFENOS:** Es un fenómeno perceptivo que consiste en notar golpes o pitidos en el oído, que no proceden de ninguna fuente externa. Puede ser provocado por gran número de causas, generalmente traumáticas. Este zumbido o campanilleo se supone que se produce por el aumento de la actividad de las áreas cerebrales que intervienen en la audición, y aparece asociado a los trastornos del aparato auditivo. No se limita a un campanilleo, puede percibirse en forma de pitido, zumbido grave o agudo, ronroneo, siseo, ruido blanco, estruendo o cantar de grillos, entre otros sonidos.
- **TROMBOCITOPENIA:** Es cualquier situación con un recuento plaquetario inferior a $100.000/\text{mm}^3$, es decir, la disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales. En términos generales los valores normales se ubican entre $150.000/\text{mm}^3$ y $450.000/\text{mm}^3$ (Plaquetas por cada milímetro cúbico).
- **TROFOBLASTO:** Capa delgada de células que ayuda a un embrión en desarrollo a adherirse a la pared del útero, protege el embrión y forma parte de la placenta.

7.- BIBLIOGRAFÍAS

1. **ALFARO MORALES JULIO**, Aplicación del Proceso Enfermero, 2ª edición, España, editorial Masson 2003.
2. **AUCKER LILLEY**, Farmacología En Enfermería, 2ª edición, editorial Elsevier, España 2000.
3. **BALDERAS P. MARÍA L.**, Administración De Los Servicio De Enfermería, 3ª edición, México D.F. , editorial Mc Graw Hill, 2003
4. **BEARE PATRICIA**, El Tratado De Enfermería, editorial Harcourt Brace España 1998.
5. **BRUNER LILIAN Y SUDDARTH**, Enfermería Medico-Quirúrgica. 6ª edición, editorial Interamericana, México D.F., 1999.
6. **BURROUGHS STANLEY**, Enfermería Maternoinfantil, 8ª edición editorial McGraw-hill 2002.
7. **CABRERO R. LUIS, R. EDUARDO**, Tratado De Ginecología Y Obstetricia Y Medicina De La Reproducción, tomo 1, Tlalpan D.F., editorial Panamericana, 2004.
8. **CARPENITO LINDA JUALL**, Manual De Diagnósticos De Enfermería, 5ª edición, editorial Interamericana McGraw Hill. España 1999.
9. **CARRANZA RODOLFO**, Vademécum Académico De Medicamentos, editorial Interamericana McGraw - Hill. México 1995.
10. **FÉLIX RAMÍREZ ALONSO**, Obstetricia Para La Enfermera Profesional, editorial manual moderno, S.A de C.V.
11. **GRIFFITH JANET**, Proceso De Atención De Enfermería, editorial Manual Moderno, S.A. de C.V. México 1986
12. **HERNÁNDEZ R. LUZ M., RODRÍGUEZ J. SOFÍA ET ALL**, Antología Fundamentos De Enfermería, Tomo1, México D.F., editorial Sistema Universidad Abierta, 2004.
13. **-KOZIER BARBARA, ERB GLENORA**, Fundamentos De Enfermería ,7ª edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, volumen 1 2004.
14. **MARRINER TOMEY ANN**, Modelos Y Teorías En Enfermería, 3ª edición, editorial Harcout Brace. España 1997.
15. **MONDRAGÓN C. HÉCTOR**, Obstetricia Básica Ilustrada, 5ª edición, México, editorial Trillas 2004.
16. **NETTER HANSEN**, Anatomía Clínica, 3ª edición, editorial Masson España 2006.
17. **PARKER CATHERINE**, Anatomía Y Fisiología, 2ª edición, editorial Interamericana S. A. De C. V. México 1993.
18. **ROSALES BARRERA SUSANA**, Fundamentos De Enfermería, editorial Manual moderno, México D.F 1999,.
19. **GERARD J. TORTORA Y BRYAN H. DERRICKSON**, Principios De Anatomía Y Fisiología, 11ª edición, editorial Panamericana 2005.
20. **ODELL O. DIANA, BOWEN R. MINNIE**, Urgencias Obstétricas En Enfermería, traduce. Rafael Pinto, Silva Gustavo A. 1ª edición, México D.F., editorial Interamericana Mc Graw Hill, 1987.

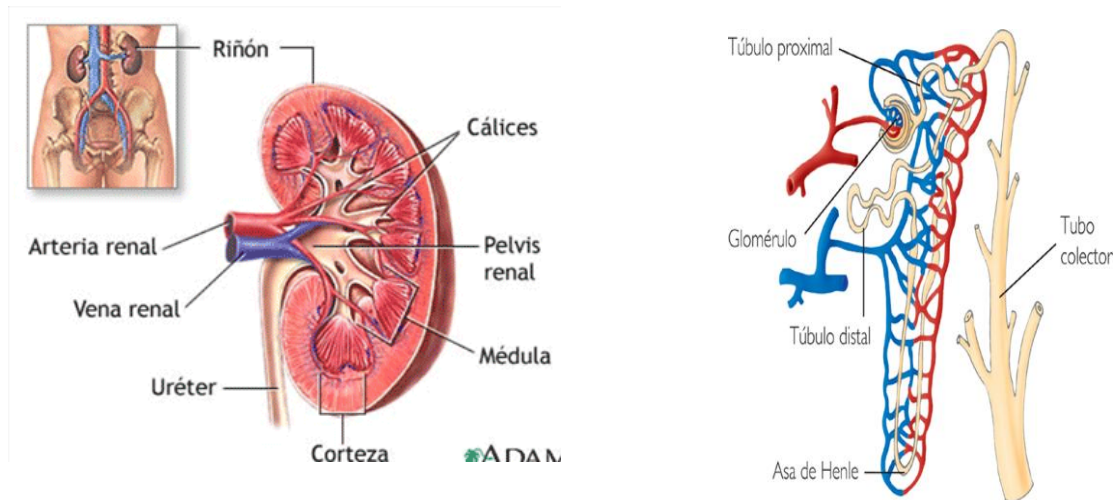
21. **OLDS B. RALLY, LONDON L. MACIAS, ET ALL, Enfermería Materno Infantil**, 4ª edición editorial Interamericana 2002.
22. **WESLEY, R. L., Teorías Y Modelos De Enfermería**, 4ª edición, editorial McGraw-Hill Interamericana México, 1997.

23. <http://www.buenastareas.com/ensayos/El-Proceso-De-Atencion-De-Enfermeria/227158.html>
24. http://www.fisterra.com/human/1libros/cbd/historia_enfermeria.asp
25. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/ex_historia_enfermer1.htm

8.-

ANEXOS

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA RENAL



APARATO URINARIO

El aparato urinario está compuesto por:

Dos riñones, dos uréteres, una vejiga y una uretra. El tracto urinario es esencialmente igual en el hombre que en la mujer, excepto por lo que se refiere a la uretra. La función del aparato urinario es la de mantener el balance de fluidos y electrolitos, mediante la excreción de agua y varios productos de desecho. Un cierto número de sustancias son conservadas en el organismo por su reabsorción en el riñón. Otras son excretadas y el producto final, la orina, es liberada hacia el sistema colector correspondiente.

RIÑÓN, ESTRUCTURA Y VASCULARIZACIÓN

El riñón es un órgano par, cada uno aproximadamente de 12 a 13 cm de longitud según su eje mayor y unos 6 cm. de anchura, 4 de grosor, siendo su peso entre 130 y 170 gr ; apreciándose dos áreas bien diferenciadas : una más externa, pálida, de 1 cm de grosor denominada cortical que se proyecta hacia el hilio renal formando unas columnas, denominadas de Bertin, que delimitan unas estructuras cónicas en número de 12 a 18 con la base apoyada en la corteza y el vértice dirigido al seno renal, denominadas pirámides de Malpighi, y que constituyen la médula renal, en situación retroperitoneal, al nivel de la última vértebra torácica y primera vértebra lumbar. El riñón derecho está normalmente algo más bajo que el izquierdo.

El tejido renal está cubierto por la cápsula renal y por la fascia de Gerota, que es de tal consistencia que es capaz de contener las extravasaciones sanguíneas y de orina, así como los procesos supurativos. Medialmente, los vasos sanguíneos, los linfáticos y los nervios penetran en cada riñón a nivel de su zona medida, por el hilio. Detrás de los vasos sanguíneos, la pelvis renal, con el uréter, abandonan el riñón. La sangre es suministrada por medio de la arteria renal, que normalmente es única, y que se ramifica en pequeños vasos que irrigan los diferentes lóbulos del riñón.

Los riñones reciben por minuto aproximadamente una cuarta parte del flujo cardiaco. Una vez la arteria ha penetrado en el riñón, se ramifica a nivel del límite entre corteza y médula del riñón, desde donde se distribuye a modo de radios en el parénquima. No existen comunicaciones entre los capilares ni entre los grandes vasos del riñón. Las arterias arciformes irrigan la corteza y dan lugar a numerosas pequeñas arteriolas, que forman múltiples pelotones sanguíneos, los glomérulos.

A partir de cada glomérulo, la arteriola eferente da lugar a una fina red que irriga al correspondiente túbulo que surge de la zona del glomérulo. Estas arterias, dispuestas peritubularmente, drenan hacia pequeñas vénulas en venas colectoras más anchas y, finalmente, hacia la vena renal y hacia la vena cava. La vena renal izquierda es más larga que la derecha, ya que tiene que cruzar la aorta para alcanzar la vena cava, y recibe además la vena gonadal izquierda. La vena gonadal derecha (ovárica o espermática) desemboca independientemente, por debajo de la vena renal, en la vena cava inferior. El riñón posee numerosos vasos linfáticos, que drenan en ganglios hiliares, los cuales comunican con los ganglios periaórticos, craneal y caudalmente a la zona del hilio. Se ha demostrado la existencia de comunicaciones linfáticas cruzadas con el lado contralateral.

UNIDAD FUNCIONAL: NEFRONA

La Nefrona es la unidad funcional del riñón. Se trata de una estructura microscópica, en número reaproximadamente 1.200.000 unidades en cada riñón, compuesta por el glomérulo y su cápsula de Bowman y el túbulo. Existen dos tipos de nefronas, unas superficiales, ubicadas en la parte externa de la cortical (85%), y otras profundas, cercanas a la unión córtico medular, llamadas yuxtamedulares caracterizadas por un túbulo que penetra profundamente en la médula renal.

GLOMÉRULO

Es una estructura compuesta por un ovillo de capilares, originados a partir de la arteriola aferente, que tras formar varios lobulillos se reúnen nuevamente para formar la arteriola eferente. Ambas entran y salen, respectivamente, por el polo vascular del glomérulo. La pared de estos capilares está constituida, de dentro a fuera de la luz, por la célula endotelial, la membrana basal y la célula epitelial. A través de esta pared se filtra la sangre que pasa por el interior de los capilares para formar la orina primitiva.

Los capilares glomerulares están sujetos entre sí por una estructura formada por células y material fibrilar llamada mesangio, y el ovillo que forman está recubierto por una cubierta esférica, cápsula de Bowman, que actúa como recipiente del filtrado del plasma y que da origen, en el polo opuesto al vascular, al túbulo proximal.

TÚBULO RENAL

Del glomérulo, por el polo opuesto a la entrada y salida de las arteriolas, sale el túbulo contorneado proximal que discurre un trayecto tortuoso por la cortical. Posteriormente el túbulo adopta un trayecto rectilíneo en dirección al seno renal y se introduce en la médula hasta una profundidad variable según el tipo de nefrona (superficial o yuxtamedular); finalmente, se incurva sobre sí mismo y asciende de nuevo a la corteza. A este segmento se le denomina asa de Henle. En una zona próxima al glomérulo sigue nuevamente un trayecto tortuoso, denominado túbulo contorneado distal, antes de desembocar en el túbulo colector que va recogiendo la orina formada por otras nefronas, y que desemboca finalmente en el cáliz a través de la papila.

FISIOLOGÍA RENAL

Las funciones básicas del riñón son de tres tipos:

1. Excreción de productos de desecho del metabolismo. Por ejemplo, urea, creatinina, fósforo, etc.
2. Regulación del medio interno cuya estabilidad es imprescindible para la vida. Equilibrio hidroelectrolítico y acidobásico.

3. Función endocrina. Síntesis de metabolitos activos de la vitamina D, sistema Renina angiotensina, síntesis de eritropoyetina, quininas y prostaglandinas.

Estas funciones se llevan a cabo en diferentes zonas del riñón. Las dos primeras, es decir, la excretora y reguladora del medio interno, se consiguen con la formación y eliminación de una orina de composición adecuada a la situación y necesidades del organismo. Tras formarse en el glomérulo un ultrafiltrado del plasma, el túbulo se encarga, en sus

diferentes porciones, de modificar la composición de dicho ultrafiltrado hasta formar orina de composición definitiva, que se elimina a través de la vía excretora al exterior.

FILTRACIÓN GLOMERULAR

Consiste en la formación de un ultrafiltrado a partir del plasma que pasa por los capilares glomerulares. Se denomina ultrafiltrado, pues sólo contiene solutos de pequeño tamaño capaces de atravesar la membrana semipermeable que constituye la pared de los capilares. Ésta permite libremente el paso de agua y de sustancias disueltas, con peso molecular inferior de 15000; es totalmente impermeable, en condiciones normales, a solutos con peso molecular superior a 70000 y deja pasar en cantidad variable los de peso molecular entre 15000 y 70000. La orina primitiva, que se recoge en el espacio urinario del glomérulo, y que a continuación pasa al túbulo proximal, está constituida, pues, por agua y pequeños solutos en una concentración idéntica a la del plasma; carece no obstante, de células, proteínas y otras sustancias de peso molecular elevado. El filtrado es producto únicamente de fuerzas físicas. La presión sanguínea en el interior del capilar favorece la filtración glomerular, la presión oncótica ejercida por las proteínas del plasma y la presión hidrostática del espacio urinario actúan en contra de la filtración. La resultante del conjunto de dichas fuerzas es la que condicionará la mayor o menor cantidad de filtrado producido por cada glomérulo. En el adulto sano, la superficie de capilar glomerular total capacitada para la filtración es de aproximadamente de 1 m².

FUNCIÓN TUBULAR

Gran parte del volumen de agua y solutos filtrados por el glomérulo son reabsorbidos en el túbulo renal. Si no fuera así, y teniendo en cuenta el filtrado glomerular normal, el volumen diario de orina excretada podría llegar a 160 l. En lugar del litro y medio habitual. En las células tubulares, como en la mayoría de las del organismo, el transporte de sustancias puede efectuarse por mecanismos activos o pasivos. En el primer caso el proceso consume energía, en el segundo no y el transporte se efectúa gracias a la existencia de un gradiente de potencial químico o electroquímico. No obstante la creación de este gradiente, puede precisarse un transporte activo previo. Por ejemplo, la reabsorción activa de sodio por las células del túbulo renal, crea un gradiente osmótico que induce la reabsorción pasiva de agua y también de urea. Por uno u otro de estos mecanismos, la mayor parte del agua y sustancias disueltas que se filtran por el glomérulo son reabsorbidas y pasan a los capilares peritubulares y de esta forma nuevamente al torrente sanguíneo.

Así como existe la capacidad de reabsorber sustancias, el túbulo renal también es capaz de secretarlas pasando desde el torrente sanguíneo a la luz tubular.

Mediante estas funciones, reguladas por mecanismos hemodinámicos y hormonales, el riñón produce orina en un volumen que oscila entre 500 y 2.000 cc. Al día, con un pH habitualmente ácido pero que puede oscilar entre 5 y 8, y con una densidad entre 1.010 y 1.030. Estas variables, así como la concentración de los diversos solutos, variarán en función de las necesidades del organismo en ese momento.

En el túbulo proximal se reabsorbe del 65 al 70% del filtrado glomerular. Esto se produce gracias a una reabsorción activa de sodio en este segmento, que arrastra de forma pasiva el agua. Además de sodio y agua, en este segmento se reabsorbe gran parte del bicarbonato, de la glucosa y aminoácidos filtrados por el glomérulo.

El asa de Henle tiene como función, por sus características específicas, el crear un intersticio medular con una osmolaridad creciente a medida que nos acercamos a la papila renal; en este segmento se reabsorbe un 25% del cloruro sódico y un 15% del agua filtrados, de tal forma que el contenido tubular a la salida de este segmento es hipoosmótico respecto al plasma (contiene menos concentración de solutos). Finalmente, en el túbulo distal, además de secretarse potasio e hidrogeniones (estos últimos contribuyen a la acidificación de la orina), se reabsorben fracciones variables del 10% de sodio y 15% de agua restantes del filtrado glomerular.

REGULACIÓN DE LA EXCRECIÓN DE AGUA

En función del estado de hidratación del individuo, el riñón es capaz de eliminar orina más o menos concentrada, es decir, la misma cantidad de solutos, disueltos en menor o mayor cantidad de agua. Esta es una función básicamente del túbulo renal. Además de la variable fracción de sodio u agua reabsorbidos en el túbulo proximal, la acción de la hormona antidiurética en el túbulo colector hace a éste más o menos permeable al agua, condicionando una mayor o menor reabsorción del 15% de ésta que llega a ese segmento y, por tanto, una orina más o menos diluida. La hormona antidiurética (HAD) es sintetizada por células nerviosas del hipotálamo y es segregada por la hipófisis. El principal estímulo para su secreción es el aumento de la osmolaridad plasmática, aunque también la estimula la disminución del volumen del líquido extracelular. La HAD actúa sobre el túbulo colector, haciéndolo permeable al agua, con lo que la reabsorción de ésta aumenta, disminuye la osmolaridad plasmática y se excreta una orina más concentrada. En situaciones de disminución de la osmolaridad o expansión del volumen extracelular se inhibe la secreción de HAD y se absorbe menos agua excretándose orina más diluida.

EXCRECIÓN DE LOS PRODUCTOS DEL METABOLISMO NITROGENADO

La urea constituye aproximadamente, en condiciones normales, la mitad del soluto urinario. Es en la especie humana la principal forma de eliminación de los desechos del metabolismo nitrogenado. La urea filtrada por los glomérulos sufre procesos de reabsorción y secreción tubular, dependiendo la fracción excretada en la orina del mayor o menor flujo urinario. Así, en situaciones de antidiuresis, cuando la ADH induce una importante reabsorción de agua, el aclaramiento de urea disminuye, ocurriendo lo contrario cuando la diuresis es importante. El ácido úrico proveniente del metabolismo de las purinas también es reabsorbido y secretado en el túbulo renal. Su eliminación diaria por orina oscila entre 700 y 900 mg. La creatinina, cuya excreción urinaria es de aproximadamente 1 gr./día, sufre pocas alteraciones durante su paso por el túbulo, dependiendo básicamente la cantidad eliminada del filtrado glomerular.

FUNCIONES ENDOCRINAS DEL RIÑÓN

El riñón tiene la capacidad de sintetizar diferentes sustancias con actividad hormonal:

1.- Eicosanoides. - Se trata de un grupo de compuestos derivados del ácido araquidónico, entre los que se incluyen las prostaglandinas E2 y F2, prostaciclina y tromboxano. Se sintetizan en diferentes estructuras renales (glomérulo, túbulo colector, asa de Henle, células intersticiales y arterias y arteriolas). Determinadas sustancias o situaciones aumentan su producción, como la angiotensina II, hormona antidiurética, catecolaminas o isquemia renal, mientras que otras inhiben su producción, como los antiinflamatorios no esteroideos.

Actúan sobre el mismo riñón de varias formas:

- Control del flujo sanguíneo y del filtrado glomerular: en general producen vasodilatación.
- Ejercen un efecto natriurético, inhibiendo la reabsorción tubular de cloruro sódico.
- Aumentan la excreción de agua, interfiriendo con la acción de la HAD.
- Estimulan la secreción de renina.

2.- Eritropoyetina.- Esta sustancia que actúa sobre células precursoras de la serie roja en la médula ósea, favoreciendo su multiplicación y diferenciación, se sintetiza en un 90% en el riñón, probablemente en células endoteliales de los capilares periglomerulares. El principal estímulo para su síntesis y secreción es la hipoxia.

3.- Sistema renina-angiotensina.- La renina es un enzima que escinde la molécula de angiotensinógeno, dando lugar a la angiotensina I. En el pulmón, riñón y lechos vasculares, ésta es convertida en angiotensina II, forma activa de este sistema, por acción de conversión de la angiotensina.

La renina se sintetiza en las células del aparato yuxtaglomerular (agrupación de células con características distintivas situada en la arteriola aferente del glomérulo), en respuesta a diferentes estímulos como la hipoperfusión.

La angiotensina II actúa a diferentes niveles, estimulando la sed en el sistema nervioso central, provocando vasoconstricción del sistema arteriolar y aumentando la reabsorción de sodio en el túbulo renal al estimular la secreción de aldosterona por la glándula suprarrenal.

4.- Metabolismo de la vitamina D.- El metabolito activo de la vitamina D, denominado 1,25 (OH)₂ colecalciferol, se forma por acción de un enzima existente en la porción cortical del túbulo renal, que hidroxila el 25(OH) colecalciferol formado en el hígado.

La producción de este metabolito, también denominado calcitriol, es estimulada por la hipocalcemia, hipofosforemia y parathormona. La hipercalcemia, en cambio, inhibe su síntesis. El calcitriol, por su parte, actúa sobre el riñón aumentando la reabsorción de calcio y fósforo, sobre el intestino favoreciendo la reabsorción de calcio y sobre el hueso permitiendo la acción de la parathormona. Su déficit puede producir miopatía y exige unos niveles mayores de calcemia para que se inhiba la secreción de parathormona por las glándulas paratiroides.

LOS RIÑONES Y EL SISTEMA GENITOURINARIO

La orina es filtrada por el glomérulo y recogida en un espacio confinado por la cápsula de Bowman. Desde aquí es transportada a través del túbulo contorneado proximal, el asa de Henle y el túbulo contorneado distal, hacia los túbulos colectores, los cuales, por medio de la pirámide medular, desembocan en los cálices renales. La orina es filtrada principalmente gracias a la presión hidrostática sanguínea. Así, cuando la tensión arterial baja, se interrumpe la filtración y cesa la formación de orina.

Son también factores importantes en la formación de la orina:

1) la presión osmótica, que es dependiente en gran parte de las proteínas plasmáticas de la sangre.

2) la presión de la propia orina ya excretada, a nivel del sistema colector. El glomérulo actúa, pues, como un filtro o criba que separa determinados corpúsculos y no deja pasar proteínas. La filtración glomerular supone aproximadamente 190 litros diarios de líquido. Sin embargo, al pasar el filtrado del glomérulo a la cápsula de Bowman y a los túbulos, la reabsorción, secreción y excreción alteran la constitución del producto final y solamente un 1 por 100 del filtrado total será excretado como orina en la pelvis renal.

Las hormonas juegan un papel activo en la reabsorción tanto del agua como de otras sustancias. La hormona antidiurética (ADH) regula la absorción y eliminación del agua, dependiendo de las necesidades del organismo.

La aldosterona provoca la reabsorción del sodio y la excreción del potasio. La hormona paratiroidea incrementa la reabsorción del calcio y disminuye la reabsorción del fósforo.

La cantidad de tejido renal excede afortunadamente el mínimo requerido para vivir. Aproximadamente la tercera parte del tejido renal normal es suficiente para la vida y el crecimiento, sin apreciables alteraciones de las correspondientes pruebas funcionales. Una vez que la orina ha ingresado en el sistema colector, permanece sin cambios apreciables. La orina es recogida en la pelvis renal y progresa, merced a ondas peristálticas, a través de la unión ureteropélvica y del uréter.

Precisamente uno de los más frecuentes lugares de obstrucción renal es a nivel de la unión ureteropélvica. La irrigación del uréter tiene diversos lugares de procedencia. Desde el nivel de la pelvis renal pueden observarse finas ramas vasculares que tienen su origen en los vasos renales. La porción inferior del uréter recibe la irrigación de las arterias vesicales, y su porción media, de ramas de los vasos lumbares. Los linfáticos, en áreas que se corresponden con la irrigación arterial, y las venas, tienen una distribución similar. Los uréteres desembocan en la vejiga por medio de un canal constituido por musculatura y mucosa de la pared de la propia vejiga. Los orificios uretrales son peque-

ños. Los uréteres se sitúan a 2 ó 3 cm de la línea media y a unos 2 cm por encima de la apertura interna de la uretra.

El área comprendida entre estos tres orificios se denomina trígono. En condiciones normales, la orina pasa a través del orificio ureteral solamente en una dirección, es decir, hacia la vejiga. Si la presión vesical aumenta, el tejido mucoso de la pared interna del uréter es presionado contra la pared posterior del mismo, previniendo así el retorno de la orina, o reflejo vesicoureteral.

Desde el riñón hasta la vejiga, el uréter encuentra tres zonas de estrechamiento. La primera corresponde a la unión ureteropélvica; la segunda, al lugar de cruce con los vasos ilíacos, y la tercera, en el momento de penetrar en la vejiga. Los cálculos, en su progresión desde el riñón hacia la vejiga, pueden detenerse en uno de estos tres puntos y producir obstrucción. La vejiga es un órgano musculoso hueco, redondeado, que normalmente puede distenderse para albergar un contenido de unos 500 ml. Sin embargo, en ciertas condiciones, la vejiga puede distenderse más allá de su normal capacidad.

En el hombre, la cara posterior de la vejiga se sitúa cerca del recto. En la mujer, la porción superior de vagina y el útero se interponen entre la vejiga y el recto. La cara superior de la vejiga está cubierta por peritoneo.

La vejiga recibe la irrigación directamente de las arterias ilíacas internas o hipogástricas, así como a partir de pequeñas ramas de las arterias hemorroidales y uterinas. El drenaje linfático, vehículo fundamental en la difusión del cáncer de vejiga, sigue predominantemente el camino de los vasos ilíacos internos, externos y comunes.

El nervio pudendo inerva el esfínter externo, el cual rodea a la uretra. Las interconexiones entre estos varios nervios permiten la contracción simultánea del músculo detrusor, así como la relajación y apertura de los esfínteres interno y externo. Las fibras sensitivas que transmiten las correspondientes sensaciones a partir de la vejiga distendida se corresponden con el parasimpático, a través del cual los impulsos llegan a la médula espinal, donde el centro vesical reflejo primario se sitúa a nivel de S2 a S4. La constitución de un arco reflejo a este nivel permite alguna funcionalidad a la vejiga en ciertos pacientes con afectaciones medulares. Dentro de la médula espinal existen fibras que conectan el citado centro primario con centros más altos, que permiten la supresión o inhibición de la urgencia en el orinar. Así, la vejiga normalmente continúa llenándose, sin causar molestia, y, llegado un límite determinado, se provocan estímulos nerviosos que, sin embargo, según la propia conveniencia, pueden provocar una mayor expansión de la capacidad vesical o bien un vaciado de la misma.

Los uréteres permiten el transporte de la orina hacia la vejiga. Incluso con la vejiga completamente llena, no hay incontinencia de orina. Una vez iniciado el acto de vaciado o micción, la vejiga se vacía completamente.

La orina abandona la vejiga a través de la uretra. En la mujer, la uretra es un órgano tubular bastante corto, de 3 a 5 cm de longitud, con su apertura externa entre los labios menores; se sitúa a nivel y a lo largo de la pared anterior de la vagina. En el hombre la uretra es un órgano tubular en forma de S, aproximadamente de 20 cm de longitud.

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

El sistema cardiovascular tiene las siguientes funciones:

- Transportar el oxígeno y los nutrientes hacia todas las células del organismo
- Llevar los desechos celulares y el dióxido de carbono hacia los órganos encargados de su eliminación.
- Transportar hacia los tejidos sustancias como el agua, hormonas, enzimas y anticuerpos, entre otros.
- Mantener constante la temperatura corporal.

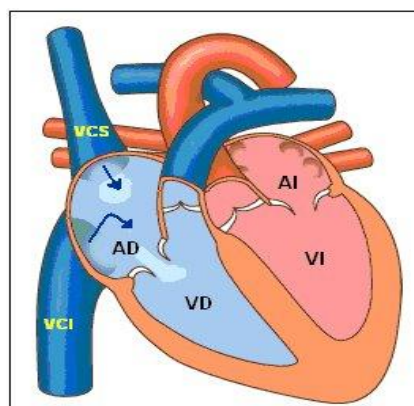
Los órganos que componen el sistema cardiovascular son el corazón y los vasos sanguíneos, estos últimos diferenciados en arterias, arteriolas, venas, vénulas y capilares.

CORAZÓN

Es el órgano principal del sistema cardiovascular. El corazón es un músculo hueco que pesa alrededor de 250 - 300 gramos. Actúa como una bomba aspirante impelente que impulsa la sangre por las arterias, venas y capilares y la mantiene en constante movimiento y a una presión adecuada. El corazón se divide en cuatro cavidades: dos aurículas, derecha e izquierda, y dos ventrículos, derecho e izquierdo. Está situado en la parte media del tórax, algo sobre la izquierda, entre ambos pulmones. De forma piramidal, su base contiene ambas aurículas y se proyecta hacia arriba, algo atrás y a la derecha. El vértice se sitúa abajo, hacia adelante y a la izquierda. Contiene al ventrículo izquierdo.

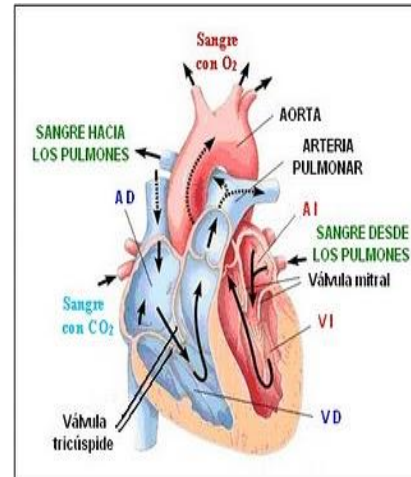
AURÍCULAS

Están separadas entre sí por medio del tabique interauricular. La aurícula derecha se comunica con el ventrículo derecho a través del orificio auriculoventricular derecho, donde hay una válvula llamada tricúspide. La aurícula izquierda se comunica con el ventrículo izquierdo mediante el orificio auriculoventricular izquierdo, que posee una válvula llamada bicúspide o mitral. Tanto la válvula tricúspide como la mitral impiden el reflujo de sangre desde los ventrículos hacia las aurículas. En la aurícula derecha desembocan dos grandes venas: la vena cava superior y la vena cava inferior. Además, llega la vena coronaria que trae sangre desoxigenada del corazón. A la aurícula izquierda arriban cuatro grandes venas: dos venas pulmonares derechas y dos venas pulmonares izquierda



VENTRÍCULOS

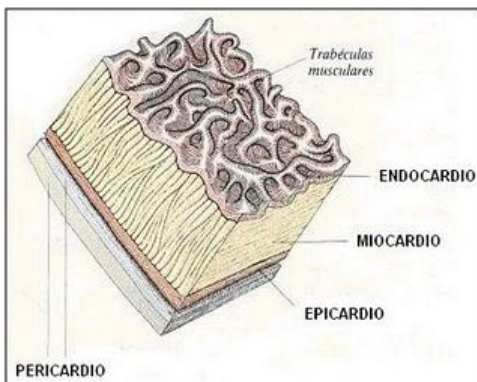
Del ventrículo derecho nace la arteria pulmonar, que transporta la sangre desoxigenada hacia los pulmones. La arteria pulmonar posee una válvula llamada válvula semilunar pulmonar, cuya misión es evitar el refluo de sangre hacia el ventrículo derecho. Del ventrículo izquierdo se origina la gran arteria aorta, que lleva sangre oxigenada hacia todo el organismo. La arteria aorta también presenta una válvula semilunar aórtica que evita el retorno sanguíneo hacia el ventrículo izquierdo.



Los músculos de los ventrículos están más desarrollados que los músculos de las aurículas. La capa muscular del ventrículo izquierdo es de mayor grosor que el correspondiente al derecho, ya que debe soportar mayor presión de sangre.

La relación existente entre aurículas y ventrículos determinan la disposición de un corazón derecho (sangre venosa) y un corazón izquierdo (sangre arterial) desde el punto de vista fisiológico.

De afuera hacia adentro, el corazón está cubierto por tres capas:

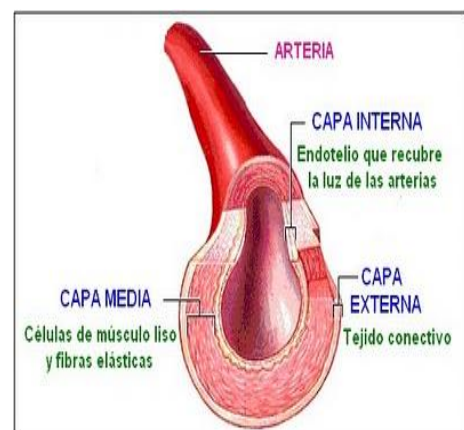


- Epicardio: fina capa serosa que envuelve al corazón.
- Miocardio: formado por músculo estriado cardíaco, que al contraerse envía sangre a todo el organismo.
- Endocardio: compuesto por células epiteliales planas en íntimo contacto con la sangre

ARTERIAS

Son los vasos que nacen del corazón y transportan la sangre hacia todos los tejidos del organismo. Están formadas por tres capas concéntricas. De afuera a adentro son:

- Túnica externa: formada por tejido conectivo.
- Túnica media: compuesta por fibras elásticas y musculares lisas.
- Túnica interna: células epiteliales planas en íntimo contacto con la sangre.



ARTERIAS

Son vasos de pequeña dimensión, como resultado de múltiples ramificaciones de las arterias. Las arterias reciben la sangre desde las arterias y la llevan hacia los capilares. Presentan esfínteres (válvulas) por donde entra la sangre hacia los capilares. Las arterias tienen las mismas capas que las arterias, aunque mucho más delgadas

CAPILARES SANGUÍNEOS

Son vasos microscópicos que pierden las capas externas y media. En consecuencia, el capilar no es más que una muy delgada capa de células epiteliales planas y una pequeña red de fibras reticulares. El diámetro de los capilares oscila entre 8 y 12 micras

CAPILARES ARTERIALES: Transportan los nutrientes y la sangre oxigenada a todas las células del organismo

CAPILARES VENOSOS: Recogen de las células los desechos y la sangre desoxigenada hacia las vénulas.

VÉNULAS

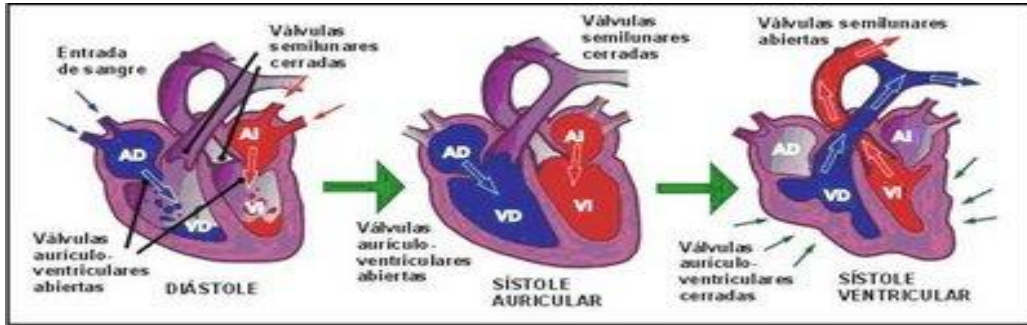
Toman los desechos celulares y la sangre desoxigenada de los capilares venosos y los traslada hacia las venas. Tienen las mismas capas que estos vasos, pero de un calibre mucho menor.

VENAS

Son vasos que se originan de la unión de muchas vénulas y drenan la sangre en el corazón. Las venas son más delgadas que las arterias, ya que tienen una musculatura de menor grosor. El diámetro es mayor que el de las arterias.

En el interior de las venas existen válvulas semilunares que impiden el retroceso de la sangre y favorecen su recorrido hacia la aurícula derecha. Las válvulas se abren cuando el músculo se contrae y se cierran cuando el músculo está en reposo.

CICLO CARDÍACO



El corazón realiza dos tipos de movimientos, uno de contracción (sístole) y otro de relajación (diástole). Cada latido del corazón ocasiona una secuencia de eventos que se denominan ciclos cardíacos. En cada ciclo cardíaco (latido), el corazón alterna una contracción (sístole) y una relajación (diástole). En humanos, el corazón late por minuto alrededor de 70 veces, es decir, realiza 70 ciclos cardíacos.

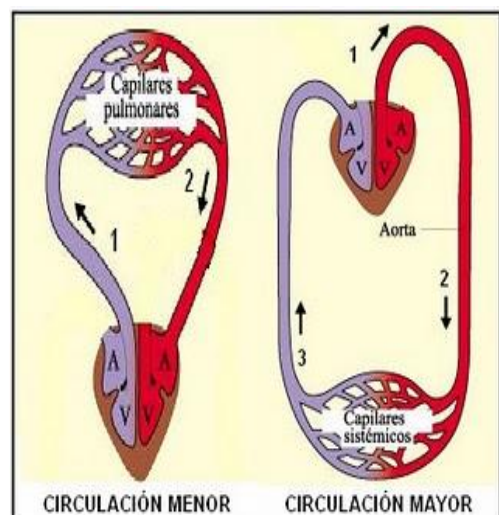
El ciclo cardíaco está comprendido entre el final de una sístole ventricular y el final de la siguiente sístole ventricular. Dura 0,8 segundos y consta de 3 fases:

- **Diástole general:** es la dilatación de las aurículas y de los ventrículos. La sangre entra nuevamente en las aurículas. Las válvulas mitral y tricúspide se abren y las válvulas sigmoideas se cierran. La diástole general dura 0,4 segundos.
- **Sístole auricular:** contracción simultánea de las aurículas derecha e izquierda. La sangre se dirige a los ventrículos a través de las válvulas tricúspide y mitral. Dura 0,1 segundos.
- **Sístole ventricular:** contracción simultánea de los ventrículos derecho e izquierdo. La sangre se dirige hacia la arteria pulmonar y aorta a través de las válvulas sigmoideas. La sístole ventricular tiene una duración de 0,3 segundos.

CIRCULACIÓN DE LA SANGRE

La circulación sanguínea puede dividirse en:

- **Circulación mayor:** es el recorrido que hace la sangre desde el ventrículo izquierdo hasta la aurícula derecha. La sangre oxigenada en los pulmones llega al corazón (sangre arterial), y por la válvula aórtica abandona el ventrículo izquierdo para ingresar a la arteria aorta. Esta gran arteria se bifurca en arterias de menor calibre, que a su vez se ramifican hasta formarse las arteriolas, que también se dividen dando origen a millones de capilares para entregar oxígeno y nutrientes a todas las células del orga-



nismo. Las células eliminan dióxido de carbono y desechos del metabolismo, que pasan a los capilares venosos. La mayoría de los desechos son conducidos por las venas renales hacia el riñón para ser eliminados del cuerpo. El dióxido de carbono es transportado por vénulas que arriban a venas de mayor calibre, hasta que toda la sangre desoxigenada es volcada a las venas cavas superior e inferior que la llevan hasta la aurícula derecha.

- *Circulación menor:* es el trayecto que realiza la sangre a partir del ventrículo derecho hasta llegar a la aurícula izquierda. Desde el ventrículo derecho, la sangre venosa es impulsada hacia la arteria pulmonar, que la lleva directamente hacia los pulmones. Al llegar a los alvéolos pulmonares se lleva a cabo el intercambio gaseoso (hematosis). La sangre, ahora oxigenada, regresa por cuatro venas pulmonares (dos derechas y dos izquierdas) hacia la aurícula izquierda.

CIRCULACIÓN CORONARIA

Es otra división de la circulación general. Al abandonar el ventrículo izquierdo, la arteria aorta da origen a las arterias coronarias derecha e izquierda, que son las encargadas de irrigar al corazón. Luego de sucesivas divisiones llega a la red capilar donde entrega oxígeno y nutrientes a las células del miocardio. La sangre desoxigenada con desechos celulares es llevada por la vena coronaria mayor, que drena la parte anterior del corazón, y por la vena interventricular posterior, que drena la cara posterior. Ambos vasos se unen en el seno coronario, que desemboca en la aurícula derecha.

CIRCULACIÓN CAPILAR

Los capilares sanguíneos tienen como función principal intercambiar oxígeno y nutrientes celulares desde la luz capilar hacia el espacio intersticial, es decir, hacia el lugar entre células y capilares. Además, recibe desde dicho intersticio el dióxido de carbono y los desechos del metabolismo de las células.

El intercambio de sustancias se hace posible debido al reducido diámetro capilar de 8-12 micras y a la mínima velocidad que adopta la sangre en su interior. La regulación del flujo de sangre capilar está a cargo de la capa muscular de las arteriolas, mediante la reducción de su diámetro (vasoconstricción) o el aumento del mismo (vasodilatación).

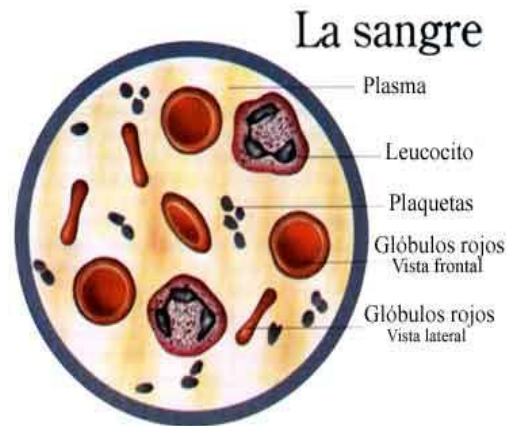
El intercambio de gases, nutrientes y desechos se realiza por diferentes mecanismos. Uno de ellos es la difusión, donde el pasaje de sustancias se realiza a favor de un gradiente de concentración, es decir, desde un lugar de mayor concentración a otro de menor. Moléculas pequeñas e hidrosolubles como el oxígeno y el dióxido de carbono difunden por ese mecanismo. Otra forma de intercambio es la filtración, donde el pasaje se realiza de acuerdo a la presión intracapilar y al tamaño de los poros de sus paredes. En el extremo arterial del capilar, con más presión sanguínea, la filtración se produce hacia el intersticio. En el extremo del capilar próximo a las vénulas desciende la presión en su interior, con lo cual se favorece la entrada de desechos hacia la luz capilar.

LA SANGRE

La sangre es un tejido líquido que recorre el organismo transportando células, y todos los elementos necesarios para realizar sus funciones vitales (respirar, formar sustancias, defenderse de agresiones) y todo un conjunto de funciones muy complejas y muy importantes para la vida.

La cantidad de sangre de una persona está en relación con su edad, peso, sexo y altura, una persona adulta se puede considerar que tiene entre 4,5 y 6 litros de sangre.

Todos los órganos del cuerpo humano funcionan gracias a la sangre que circula por arterias, venas y capilares.



La sangre está formada por diversos componentes:

- *Glóbulos Rojos o Hematíes*

Son las células sanguíneas más numerosas y la hemoglobina que contienen es la responsable de su color rojo.

Se forman en la médula ósea, que se halla dentro de los huesos del esqueleto, desde donde son liberados en el torrente sanguíneo.

Su función es transportar el oxígeno desde los pulmones a los diferentes tejidos del cuerpo para que las células respiren, y también eliminan los residuos producidos por la actividad celular (anhídrido carbónico).

- *Glóbulos Blancos o Leucocitos*

Son los encargados de proteger al organismo contra los diferentes tipos de microbios. Cuando hay una infección aumentan su número para mejorar las defensas. Unos se forman en la médula ósea y otros en el sistema linfático (bazo, ganglios, etc).

Plaquetas

Son las células sanguíneas más pequeñas. Se producen también en la médula ósea y viven unos 6-7 días. Las plaquetas intervienen cuando se produce una rotura en alguna de las conducciones de la sangre. Se adhieren rápidamente al lugar de ruptura para que cese la hemorragia, dando tiempo a la formación del coágulo definitivo.

- *El Plasma*

Es un líquido compuesto de agua, proteínas, sales minerales y otras sustancias necesarias para el funcionamiento normal del organismo y en donde se encuentran "nadando" las células sanguíneas.

Entre las sustancias de importancia que transporta el plasma están las siguientes:

- **La Albúmina:** Es una proteína que ayuda a mantener el agua del plasma en una proporción equilibrada.
- **Las Globulinas:** Son los anticuerpos encargados de la defensa de nuestro organismo frente a las infecciones. Su disminución acarreará una bajada de defensas.
- **Factores de Coagulación:** Son imprescindibles para evitar las hemorragias. La ausencia de algún factor de coagulación puede ocasionar trastornos hemorrágicos ya que se dificulta la formación del coágulo.

- Otras proteínas transportan sustancias necesarias para el normal funcionamiento de las células (grasas, azúcares, minerales, etc).

TOXEMIA GRAVÍDICA

Síndromes hipertensivos agudos del embarazo

Definición:

La toxemia es una 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 preclampsia y en su periodo convulsivo el de eclampsia. De acuerdo a esta definición, la preclampsia y eclampsia son etapas de un mismo padecimiento.

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

Cuando se maneja la nomenclatura de “síndromes hipertensivos agudos del embarazo” existen varias clasificaciones, según el Comité Americano de Salud Materna, se puede clasificar en:

I.- Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, cuya aparición debe ser después de la semana 20 de gestación y se divide en:

- Preeclampsia leve
- Preeclampsia severa
- Eclampsia

II.- Enfermedad vascular crónica hipertensiva con el embarazo. (Hipertensión esencial.)

- Sin toxemia aguda agregada, que comprende la hipertensión comprobada antes del embarazo o la hipertensión descubierta durante el embarazo.
- Con toxemia aguda sobreagregada.
- Toxemia recurrente.
- Toxemia no clasificada.

Dentro de los factores predisponentes de la toxemia, pueden mencionarse, las deficiencias nutricionales, la anemia, la deficiencia de ácido fólico y la sobre distensión uterina ocasionada por el embarazo múltiple, el polihidramnios y la macrosomía fetal, también es más frecuente en las pacientes diabéticas.

PREECLAMPSIA

La preeclampsia se presenta en el último trimestre del embarazo, es más frecuente en las primigestas jóvenes, pero más grave en las 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 del 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 del 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 mm Hg 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 mm Hg y la sistólica > 20 mm Hg .

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, acúfenos, 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 Chauffier por distensión de la capsula de Glisson a nivel hepático.

CLASIFICACIÓN

Se puede dividir globalmente los estados hipertensivos del embarazo de dos grupos, como los clasifican el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras; hipertensión inducida por el embarazo e hipertensión crónica. Estas dos condiciones pueden coexistir, siendo la posibilidad de desarrollar hipertensión inducida por el embarazo, mayor en pacientes portadoras de hipertensión arterial crónica.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo pueden ser divididos en factores obstétricos y no obstétricos.

Dentro de los primeros se enumeran la nuliparidad, estados de aumento de la masa trofoblástica, obesidad, diabetes, eritroblastosis fetal, polihidramnios especialmente en pacientes primíparas jóvenes, raza negra, historia de tabaquismo y madres añosas (mayor de 40 años).

Dentro de los factores no obstétricos, la enfermedad hipertensiva previa, o de historia personal o familiar de preclampsia o eclampsia, y la presencia de enfermedades vasculares o endoteliales ya existentes (Lupus eritematoso, enfermedad renal crónica, deficiencia de proteína C, resistencia a proteína C activada, anticuerpos anticardiolipina circulantes).

ETIOLOGIA

La etiología aún no está aclarada y se piensa que es una enfermedad del trofoblasto o una enfermedad primaria del endotelio.

Se define como preclampsia al desarrollo de hipertensión (Sistólica sostenidas por de no menos de 140 mmHg, y diastólica de no menos de 90 mmHg; o elevación de la presión diastólica mayor o igual a 15 mmHg o de la sistólica 30 mmHg en dos ocasiones al menos en 6 horas), con proteinuria (mayor o igual a 300 Mg. De proteínas en 24 horas), luego de las 20 semanas de gestación. La preclampsia puede desarrollarse previamente a las 20 semanas en presencia de enfermedad trofoblastica, como la mola hidatiforme.

Esta patología afecta entre el 6 y 8 % de todos los embarazos. Esto varía según diversas estadísticas. La incidencia de las formas severas en USA es de 2.4 a 5.2 cada 1000 nacimientos.

FISIOPATOLOGÍA

Patogénica mente, la preclampsia es un desorden sistémico que ocurre solo en presencia de tejido placentario. A pesar de esto, los mecanismos patogénicos responsables exactos del inicio y progresión de la preclampsia no están bien definidos.

Se plantean mecanismos inmunológicos, genéticos, endoteliales, plaquetarios, iónicos (ion calcio).

Fisiopatológicamente, es un desorden multisistémico, que afecta primeramente el sistema cardiovascular, sistema nervioso central y genitourinario de la madre.

Habría un desbalance entre el tromboxano plasmático y las prostaglandinas, permitiendo un efecto predominante del tromboxano excesivo, provoca una vasoconstricción y venoconstricción, aumenta la agregabilidad plaquetaria, disminuye el flujo uterino placentario y aumenta la actividad uterina.

La hipertensión sería entonces secundaria a un aumento de las resistencias vasculares periféricas por sobre actividad simpática. El volumen plasmático está disminuido en pacientes preeclámpticas. El aparato respiratorio también se ve afectado en la preclampsia. Habría una mayor incidencia de edema laríngeo y faríngeo. Sumando a esto, la aparición de edema pulmonar es una poco frecuente, pero temida complicación de estas pacientes. En general se desarrolla con más frecuencia en el posparto. La causa más frecuente del edema es la sobrecarga de volumen por hiper reposición.

También se observan cambios hematológicos. Estos incluyen fenómenos de hipercoagulabilidad y activación del sistema fibrinolítico y de las plaquetas. El estado de hipercoagulabilidad se manifiesta por el tiempo de protrombina aumentado, aumento en la activación de los factores II, V Y X , y disminución de los niveles de fibrinógeno. Los niveles de antitrombina III están disminuidos y se correlacionan con la severidad de morbilidad materna. En el 15 al 30 % de las pacientes preeclámpticas hay trombocitopenia. Aunque solamente menos del 10 % tienen menos de 100 000 plaquetas. Se han identificado igualmente tiempos de sangrado aumentados en pacientes con plaquetas normales, lo cual sugiere que haya afectación no solo del número sino también de la función de las plaquetas. La trombocitopenia, sin evidencia de otras alteraciones de la coagulación, pero con evidencia de hemólisis y aumento de las enzimas hepáticas, caracteriza a HELLP síndrome, son una variante poco frecuente en la preclampsia severa. En cuanto a

la utilización de prostaglandinas, las plaquetas han demostrado una disminución de su sensibilidad a la PGI₂ en un 50 % en pacientes con preclampsia.

Otros cambios a nivel de los sistemas mayores se observan en el riñón, donde la lesión glomerular provoca una disminución de la tasa de filtración glomerular. La glomerulopatía, causa pérdida proteica, la cual ocurre como resultado de un aumento de la permeabilidad para las proteínas de mayor peso molecular.

El monto de la proteinuria se correlaciona con la extensión de los cambios histológicos y el grado de hipertensión. Además de la albúmina pueden aparecer otras proteínas en orina como las globulinas, hemoglobina, transferinasa, etc. La oliguria se correlaciona a la severidad de la preclampsia, y la falla renal es rara. El sistema renina-angiotensina-aldosterona se ve afectado por el desbalance entre los vasodilatadores y vasoconstrictores. A nivel hepático se observa elevación de las transaminasas, y puede haber dolor epigástrico por distensión de la cápsula de Glisson por edema subcapsular o sangrado.

A nivel neurológico las manifestaciones serían cefaleas, alteraciones visuales, hiperexcitabilidad e hiperreflexia. Si aparecen convulsiones estaríamos en presencia de una eclampsia. La etiología de las convulsiones no está totalmente aclarada. Dentro de los posibles mecanismos se postula la encefalopatía hipertensiva y a la pérdida de la autorregulación cerebral cuando la presión arterial media excede la presión crítica.

A nivel útero-placentario estas pacientes tienen una perfusión disminuida. Las resistencias placentarias aumentan, la velocidad diastólica disminuye y la relación sístole y diástole aumenta. A menudo son fetos con retardo del crecimiento intrauterino, o hay también presencia de oligohidramnios. Se recomienda la monitorización fetal ya que son fetos que no toleran hipotensiones sostenidas.

La preclampsia se puede clasificar de acuerdo a distintos parámetros en:

- *Leve*
- *Moderada*
- *Severa*

TERAPEUTICA EN LA PRECLAMPSIA Y EN LA ECLAMPSIA

La terapia definitiva en este tipo de patologías es la extracción del feto y de la placenta. El objetivo obstétrico es controlar el progreso de la enfermedad y la terapéutica es, como regla, sintomática.

A menos que exista otra contraindicación, las pacientes eclámpicas pueden tener su parto igual. Las indicaciones más frecuentes de cesáreas incluyen distress fetal, prematuridad extrema con cuello desfavorable, e inducción que no progresa.

Las premisas en el tratamiento de la preclampsia, como de la eclampsia son las siguientes:

Control de las convulsiones si hubiera y seguimiento del estado neurológico.

Mantenimiento de l balance hidroelectrolítico.

Control de la presión arterial.

Monitorización de la oxigenación materna

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Hidralazina: vasodilatador arteriolar, mantiene el gasto cardíaco materno, puede provocar taquicardia, en cuestionado su efecto a nivel placentario puede dar trombocitopenia neonatal, se puede hacer bolos intravenosos de 5 a10 Mg. O en infusión de 0.04 mgs/ml, tiene una duración de dos horas y su máximo efecto es en 20 minutos, por lo que se discute su utilización en la emergencia.

Metildopa

Nifedipina: relajante del músculo liso vascular y del músculo uterino, mejora el flujo sanguíneo uterino y la oxigenación fetal. Mejora el flujo sanguíneo renal, no se asocia taquicardia, se puede administrar por vía intravenosa y sublingual en la urgencia, por vía sublingual, comienza a actuar a los 3 minutos y su pico plasmático es a los 20 minutos, se puede administrar desde 10 a40 mgs por vía sublingual.

ANTIHIPERTENSIVOS USADOS DURANTE EL EMBARAZO.

Medicamento	Dosis usual para uso no agudo	Efectos adversos	Comentarios
Metildopa	250-1500 mg dos veces al día, máximo 3 g/día	Hipotensión postural, mareos, lipotimia, retención de líquidos	Potencia ligera. Uso común
Hidralazina	10, 20, 50, 100 mg tres o cuatro veces al día, máximo 400 mg/día	Cefalalgia, palpitaciones, lupus inducido por fármacos	Comunmente usado para control a corto plazo
Labetalol	100, 200 o 300 mg, máximo 2 400 mg/día	Cefalalgia, bloqueo cardíaco, boca seca, temblor	No usar en asma o insuficiencia cardíaca congestiva. Usar con precaución en diabetes
Nifedipina	Sólo usar nifedipina de larga acción. 30-60 mg como inicio, luego 30, 60, 90 mg. Máximo 120 mg/día	Cefalalgia, fatiga, mareo, edema periférico, constipación	Gran efecto para disminuir una presión arterial muy alta

Felodipina	5-10 mg/día máximo 10 mg dos veces al día	Igual que nifedipina	Efecto selectivo sobre músculo liso vascular
Tiazida	12.5 mg incrementarlo 25 mg diario	Hipocalcemia, hiponatremia, hiperuricemia, retraso de crecimiento intrauterino	Alteraciones electrolíticas
Furosemida	20-40 mg/día máximo 160 mg dos veces al día	Igual que tiazidas	Igual que tiazidas

ECLAMPSIA

El término de eclampsia significa “relámpago súbito” y es la culminación de la preeclampsia, se caracteriza por la presencia de crisis convulsivas características y estado de coma.

Su incidencia depende de la vigilancia prenatal que haya tenido la paciente y el manejo correcto de la preeclampsia; las crisis convulsivas son mas frecuentes en el curso de trabajo de parto, siendo el pronostico de esta patología sombrío y muy severo, pues hay que señalar que cada 100 pacientes eclámpicas, 12 fallecerán y que la causa más frecuente en la eclampsia es la hemorragia cerebral.

La crisis convulsiva eclámpica consta de cuatro periodos:

1. Periodo de iniciación: en este periodo, la paciente queda estática, pierde la conciencia, presenta contracciones fibriles en los músculos de la cara y de los miembros, también en los globos oculares dentro de las órbitas y finalmente quedan desviados hacia un lado. Tiene dilatadas las pupilas y hay cierta desviación de las comisuras labiales y esto hace que la paciente tenga una aparente facies satírica, esta fase dura 10 a 20 seg.
2. Fase de contracciones tónicas: en esta fase, la paciente suspende la respiración y se torna cianótica, hay ingurgitación de las venas yugulares, tiene la cabeza desviada hacia un lado; flexiona las extremidades superiores e inferiores, cierra las manos apretando los puños y parece que todos los músculos de su cuerpo entran en una contracción tetánica, que a veces puede llegar hasta el opistótonos, esta fase tiene una duración de 20 a 30 seg.
3. Fase de contracciones clónicas: la paciente ha reanudado la respiración, pero es ruidosa, estertorosa y disneica, disminuye a cianosis y la presión arterial continua elevada, el pulso esta acelerado y diferentes grupos musculares del cuerpo, empiezan a presentar una serie de contracciones y sacudidas que hacen que la paciente se agite toda en su cama, esta fase dura de 2 a 3 min.
4. Estado de coma: la paciente continua cianótica, inconciente, con espuma sanguinolenta por la boca, con respiración estertosa y el pulso acelerado, la presión arterial puede estar más elevada o más baja que la que tenía antes de la crisis convulsiva, tiene las pupilas dilatadas y ausencia de reflejos.

La duración del estado de coma es variable y posteriormente puede sobrevenir otra crisis convulsiva o la muerte de la paciente. La cantidad de convulsiones es variable, generalmente de 5 a 15 y la recuperación de la paciente, puede sobrevenir con el parto o con la muerte del producto.

Los factores agravantes de la eclampsia son: el coma prolongado, el pulso mayor de 120 por minuto, la hipertermia de 39 °C , las caídas tensionales bruscas, el edema agudo pulmonar, la oliguria acentuada, la hematuria y la albuminuria mayor de 10 g/L de orina.

El diagnóstico diferencial de la crisis convulsiva ecláptica, se debe hacer con las convulsiones de la epilepsia, de la uremia y de la histeria y las lesiones residuales que la eclampsia le pueda dejar a la paciente recuperada, son la amnesia, la psicosis puerperal y las alteraciones neurológicas de diversos tipos.

SÍNDROME DE HELLP

El término HELLP (siglas en inglés) significa:

H.- Hemólisis

EL.- Enzimas hepáticas elevadas.

LP.- Plaquetas bajas.

El cuadro comprende, el hallazgo de eritrocitos fragmentados, de bilirrubina y deshidrogenasa láctica elevada, además de la elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia menor de 100 000 células/m L 3... Afortunadamente solo acompaña algunos casos de preeclampsia severa y clínicamente se reconoce porque la paciente toxémica presenta: dolor intenso en hipocondrio derecho y en epigastrio, sufre de náuseas, vómitos, cefalea, hipertensión arterial severa, edemas y proteinuria.

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

El vasoespasmo 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 plaqueta, que al ser sustraídas de la circulación general, la origina trombocitopenia con hemólisis. Cuando los valores plaquetarios son menores de 80 000 plaquetas por milímetro cúbico, se ocasiona un consumo acelerado de fibrina y fibrinógeno con datos de coagulación intravascular diseminada.

En el síndrome de HELLP, el hígado presenta necrosis del parénquima focal y periportal, con grandes depósitos de fibrina y de fibrinógeno, lo que revela que el hígado, es el principal órgano afectado.

Clasificación del síndrome de Hellp:

- Tipo I cuenta plaquetaria < 50 000 células /mm
- Tipo II cuenta plaquetaria 50 000 y 100 000 células/mm
- Tipo III cuenta plaquetaria entre 100 000 y 150 000 células /mm
- Tipo IV cuando el síndrome aparece en el puerperio.

Los signos que se presentan son:

- Dolores en epigastrio o en el cuadrante superior derecho.
- Náuseas
- Vómito
- Malestar
- Cefalea
- Molestias abdominales
- Ictericia
- Hematuria

ANSIEDAD

La ansiedad (del latín *anxieta*, 'angustia, aflicción') es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o -por el contrario- ante el temor de perder un bien preciado.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja".

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con asiduidad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y conforma, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen el denominado trastorno de ansiedad, que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, etc.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de sus ideas interiorizadas acerca de sus problemas.

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos. La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia, y, típicamente, se sienten mejor después de ser atendidas.

Respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana

1º síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2º síntomas motores u observables

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación.

3º síntomas fisiológicos o corporales

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frialdad, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Entre ellos se incluyen:

Fármacos ansiolíticos;

Psicoterapia cognitivo-conductual: ésta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar autocharlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico, etc. Reducción de estrés: puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, etc.;

Cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos u otras sustancias adictivas;

Hipnosis y autohipnosis: la hipnosis permite acceder a niveles de relajación muscular y mental muy profundos, condiciones que son incompatibles con la ansiedad, y la práctica de la autohipnosis hace que esta consecución no dependa de la presencia de un terapeuta ni de otros factores, por lo que es especialmente útil no sólo para niveles moderados de ansiedad sino también para controlar ataques de pánico y otras manifestaciones de la ansiedad, incluidas las físicas.

Algunos pacientes aseguran que observan reducciones considerables en su ansiedad con tomar tan sólo estas medidas. En ciertos casos es necesario utilizar fármacos durante la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado (psiquiatra). Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos pueden no ser necesarios.

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden de la misma manera a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos pueden lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica (terapia cognitivo-conductual). Se cree que la prognosis de la ansiedad se ve afectada por la creencia común (posiblemente una creencia negativa e incorrecta) por parte de los pacientes de que su condición es especialmente grave, más grave que la de cualquier otra persona que se haya recuperado.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES

Sus objetivo es el Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con la visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo de población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, a si como incrementar su autoestima. Las condiciones en salud sexual y reproductiva de las adolescentes deberán salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta.

A si mismo ampliar la cobertura de información, educación y servicios específicos para la atención de la salud integral de los /las adolescentes con énfasis en la salud sexual y reproductiva a través de una amplia concertación interinstitucional e intersectorial, a fin de promover estilos de vida sana.

Por otra parte también es importante el prevenir embarazos no deseados, el aborto y las enfermedades de trasmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, en la población adolescente y

promover el uso del condón; además de proporcionar información amplia y servicios de calidad en anticoncepción con énfasis en métodos de barrera a aquellos adolescentes que hayan iniciado vida sexual.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los objetivos específicos son:

- Dentro del marco integral de la salud reproductiva, fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación y comunicación de las acciones en planificación familiar, así como la prestación de los servicios, para cubrir las necesidades y demandas no satisfechas, con particular énfasis en el área rural, rural dispersa y urbano marginada.
- Contribuir a los niveles de fecundidad, lo cual se logrará a través de una amplia acción intersectorial, que promueva la participación laboral y política de las mujeres y que aumente su escolaridad e información, en especial la relativa a la sexualidad y reproducción. Las instituciones de salud tendrán la responsabilidad de incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para así contribuir a modular en forma armónica el incremento demográfico del país.
- Reducir el número de embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo, contribuyendo a la prevención del aborto y la disminución de la morbilidad materna y perinatal.
- Contribuir a ampliar el espacio intergenésico a través del reforzamiento y la ampliación de la cobertura de la práctica anticonceptiva posevento obstétrico.
- Fortalecer la estructura familiar, propiciando una actitud responsable de los hombres y de las mujeres hacia la sexualidad y la reproducción.
- Fomentar la participación activa del varón en la planificación de la familia y su corresponsabilidad en las decisiones sexuales y la reproducción.
- Reforzar y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos, facilitando su acceso a la población rural.
- Consolidar y fomentar la oferta de servicios de calidad de planificación familiar en las unidades de primer nivel y segundo nivel de atención.
- Diseñar estrategias especiales para proporcionar servicios de anticoncepción a grupos específicos de población.
- Mantener un proceso de información que garantice el correcto uso de los métodos anticonceptivos.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los servicios de planificación familiar se definen como el conjunto de prestaciones ofrecidas por profesionales sanitarios especializados que incluyen actividades y prácticas educativas, preventivas, médicas y sociales que permiten a los individuos, incluidos menores, determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos y seleccionar el medio más adecuado a sus circunstancias.

La planificación familiar se utiliza a veces como un sinónimo de control de la natalidad. En este sentido los servicios médicos de planificación familiar facilitan información sobre los distintos métodos anticonceptivos y ofrecen asistencia médica especializada para

conseguir espaciar los embarazos deseados así como para evitar los embarazos no deseados.

Métodos anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Los criterios han sido desarrollados por la OMS junto con grupos, organizaciones e individuos de todos los continentes del mundo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.

Métodos de barrera: Preservativo, Diafragma, Capuchón cervical

Métodos químicos: Espermicida

Métodos hormonales: Píldora anticonceptiva, Anticonceptivo subdérmico, Píldora trifásica, Hormonas inyectables, Anillo vaginal, Parches anticonceptivos

Métodos anticonceptivos físico-biológicos: Dispositivo intrauterino

Métodos anticonceptivos permanentes: Ligadura de trompas, Vasectomía, Histerectomía