

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCION PARA PACIENTES CON HIPERTENSION INDUCIDA POR LA GESTACION (H. I. G.)

Rosa Yolanda Munevar*

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, para identificar Diagnósticos de Enfermería y Problemas Colaborativos presentes en un grupo de 11 gestantes con H. I. G., hospitalizadas en el servicio de toxemias en el Instituto Materno Infantil (I. M. I.) de Bogotá D. E., durante dos meses consecutivos en 1990.

Del análisis de la información obtenida de la colección de estudios de casos clasificados por estados clínicos se redujeron los diagnósticos de enfermería y problemas colaborativos, que permitieron la elaboración de protocolos basados en los diagnósticos prevalentes y prioritarios encontrados. Dichos protocolos son pautas de manejo a pacientes toxémicas, para facilitar el trabajo del equipo de salud que interviene en la atención de este tipo de pacientes.

La investigación fue realizada junto con las enfermeras perinatólogas Martha Lucía Alvarez de Torres y Jackeline Danies Valverde, bajo la asesoría de la profesora Edilma de Reales.

* Enfermera Especialista en Enfermería perinatal. Universidad Nacional, supervisora enfermería I. M. I., Jefe servicio Neonatos C. P. J. B., I. S. S

INTRODUCCION

La gestación es un estado fisiológico de la vida de la mujer, que transcurre sin alteraciones patológicas cuando se proporcionan los cuidados adecuados que esta exige de la gestante, la familia, y el personal de salud, sin embargo existen desviaciones de su curso normal que se convierten en patológicas poniendo en peligro la vida de la madre y el feto.

Existen estudios en Colombia en los cuales se muestra la toxemia como causa importante de morbi-mortalidad materno infantil, como el estudio de muertes maternas realizado en 25 instituciones nacionales que dejan ver una mortalidad de 25,1 x 10000. La infección, la H. I. G. y las hemorragias ocuparon los primeros lugares (1).

Revisando las estadísticas de mortalidad perinatal del I. M. I., se encontró que el 6,2% fueron muertes ante parto y 4,7% post- parto, de todas las madres atendidas por estados Hipertensivos en el servicio de Toxemias en 1987(2).

Para 1988 la totalidad de muertes perinatales por edad gestacional en el I. M. I., fue: 20 a 27 semanas de 13 casos y de 36 a 42 semanas, 9 casos, para un total de 72 casos(3). En 1989, la mortalidad materna fue de 19 casos, de los cuales 8 fueron gestantes toxémicas(4).

Teniendo en cuenta las anteriores estadísticas para nuestro medio, la toxemia es una alteración fisiopatológica de la gestante que requiere de actividades en los niveles primario, secundario y terciario, claras y definidas por parte de los miembros del equipo de salud, en razón a la cual se hizo, mediante esta investigación, una propuesta de protocolo que permita el manejo unificado de la toxemia, por el grupo de profesionales de salud, con un enfoque total de la problemática que sea prevalente y prioritario; de modo que se puedan identificar los problemas de manera sistemática, seleccionando los que son colaborativos y diagnósticos de enfermería.

Para el estudio se asumieron las siguientes definiciones:

1. Diagnóstico de enfermería (D. E.): según Shoemaker(5), es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado o sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para prescribir una terapia que esté bajo la responsabilidad de la enfermera.
2. Problemas colaborativos (P. C.): declaración inferencial hecha por un profesional de enfermería que describe alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo y que por lo tanto dirigen acciones de enfermería independientes e interdependientes(6).
3. Acciones Interdependientes; son las que enfermería ejecuta en colaboración con otros profesionales de la salud, especialmente médi-

cos, pero ejerciendo un juicio crítico y responsable para evaluar las consecuencias y reportar oportunamente.

4. **Acciones Independientes:** son las que se derivan de los diagnósticos de enfermería propiamente dichos y cuya ejecución se hace responsable totalmente la enfermera, proponiendo, y ejecutando acciones propias de su campo únicamente.

Para este estudio se plantearon dos problemas a saber:

1. ¿Son utilizables las categorías diagnósticas de enfermería ya aceptadas, hasta la octava conferencia de la rotulación de las respuestas humanas de mujeres gestantes con H. I. G., en un servicio de alto riesgo en el I. M. I.?
2. ¿Cuáles son los problemas colaborativos y diagnósticos de enfermería, metas y acciones para lograrlas, que constituyen una propuesta de protocolo para la atención de la gestante con H. I. G., que involucre el protocolo médico ya existente en el I. M. I.?

METODOLOGIA

Para la investigación se utilizó un estudio de tipo descriptivo que permitió identificar diagnósticos de enfermería y problemas colaborativos, presentes en las gestantes sujeto de estudio, para elaborar posteriormente metas y ordenes de enfermería correspondientes al protocolo de atención para gestantes con H. I. G.

En forma secuencial se realizaron los siguientes pasos:

1. **Población:** Gestantes con H. I. G. hospitalizadas en el servicio de toxemias.
2. **Muestra:** 11 sujetos seleccionados intencionalmente según los siguientes criterios: más de 20 semanas de gestación; con diagnóstico médico de H. I. G., en los estados IIa al III; se incluyeron en el estudio durante su período gestacional, hasta ser desembarazadas.
3. **Instrumentos:**
 - Historia básica de enfermería con marco de referencia de los patrones funcionales de salud de Majorie Gordon, para obtener datos de la paciente en el momento de ingresar al estudio.
 - Instrumento de seguimiento del estado clínico.
4. **Procedimiento:** se emplearon técnicas de enfermería como:

- Entrevista a la paciente y a la familia, examen físico, exploración de la historia clínica médica y datos de laboratorio, todo lo cual se registró en la Historia básica de enfermería.
- Las pacientes se siguieron observando y controlando en el momento en que presentaron cambios en su estado de un grado de evolución a otro, ya sea empeorando o mejorando. La valoración se hizo más activa llevándose al registro en el instrumento para seguimiento clínico. Cada nuevo estado registrado constituyó un caso aún cuando el paciente hubiera sido el mismo.

ANALISIS DE DATOS

El volúmen global de datos, fue procesado para llegar a la identificación de D. E. P. C. siguiendo los pasos del proceso diagnóstico:

1. Agrupación de datos para patrones, subjetivos y objetivos.
2. Clasificación de los datos de los patrones en datos claves: signos, síntomas, riesgos y factores positivos.
3. Razonamiento lógico e inferencias con respecto a los grupos de datos.
4. Asignación de una categoría diagnóstica o título y etiología deducida de las situaciones individuales detectadas, utilizando la lista de la NANDA y el manual de Taxonomía de diagnósticos.
5. Del anterior proceso de análisis se obtuvieron 286 enunciados de D. E y P. C., con este material se llevó un proceso de mayor condensación, agrupando los similares, manteniendo la frecuencia de aparición en el estudio, hasta llegar a una condensación de 49 D. E diferentes y 26 P. C. Ejemplo Tabla 1.
6. Los diversos condensados con sus frecuencias fueron sometidos al concepto de dos expertos: el médico jefe del servicio de toxemias del I. M. I. y una enfermera perinatóloga con experiencia en el área, a quienes se les solicitó señalar mediante criterios arbitrarios establecidos por las investigadoras, la prioridad de los D. E y P. C., para orientar el cuidado de las pacientes con esta patología. Dichos criterios fueron:
 - Prioridad 1: el problema implica máximo compromiso vital para la madre y/o el feto.
 - Prioridad 2: el problema implica compromiso alto pero no extremo para los mismos.
 - Prioridad 3: hay un compromiso que no requiere una solución urgente.

TABLA 1
PREVALENCIA Y PRIORIDAD DE LOS D.E. Y P.C. EN LAS
GESTANTES CON H.I.G. SUJETOS DE ESTUDIO
PATRON: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Código	Diagnóstico de enfermería	Prevalencia	Prioridad
4.9	Déficit en el autocuidado grado III relacionado con inmovilidad secundaria a lupus eritematoso y anasarca.	2	2
4.1	Riesgo de déficit en el autocuidado grado III relacionado con orden de reposo en cama por prescripción médica.	7	2
4.12	Riesgo de déficit en el autocuidado grado II relacionado con intolerancia a la actividad secundario a enfermedad materna.	1	1
CONDENSADO			
IV.A	Déficit en el autocuidado grado II-III relacionado con reposo en cama y/o enfermedad materna concomitante	10	2
4.8	Potencial de alteración en la función respiratoria relacionado con inmovilidad secundaria a anasarca y reposo en cama por orden médica	2	3
4.13	Potencial de alteración en la función respiratoria secundario a reposo en cama.	2	3
CONDENSADO			
IV.B	Potencial de alteración en la función respiratoria relacionado con reposo en cama y/o anasarca.	4	3
4.1	Riesgo de incapacidad para cumplir prescripciones médicas relacionado con déficit de factores de apoyo para la realización de labores domésticas en el hogar.	3	2
4.11	Riesgo de déficit en el mantenimiento del hogar relacionado con déficit de factores de apoyo para la realización de labores domésticas en el hogar.	2	2

7. Con base en esta selección por prioridades así establecida dió origen a los protocolos.

Para el diseño de los protocolos se tuvo en cuenta que en la práctica real existen una serie de acciones comunes para la solución de D. E. y que hay P. C. afines a los mismos. Por esta razón los protocolos que se escribieron en este manual que comprende la propuesta, corresponden unos a D. E. únicamente.

Ejemplo protocolos 1 y 2; protocolos para D. E. y P. C. afines a ellos; Ejemplo. protocolos 4, 5, 6; protocolos para P. C. exclusivamente. Ejemplo: protocolos 8 y 9.

Índice de los protocolos que comprenden el manual de la propuesta:

Protocolo 1: D. E. déficit en el mantenimiento de la salud relacionando con falta de conocimiento sobre:

- cuidados generales durante la gestación.
- importancia del control prenatal.
- requerimientos nutricionales durante la gestación.

Protocolo 2: D. E. déficit en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de conocimiento sobre planificación familiar.

Protocolo 3: D. E. déficit en el mantenimiento de la salud relacionado con condiciones socioeconómicas deficientes para costear su tratamiento, prácticas de salud no tradicionales y estilo de vida insano.

Protocolo 4: D. E. Riesgo de sufrir lesiones y/o traumas relacionados con incapacidad para protegerse por si mismo y/o efectos secundarios al tratamiento.

Riesgo de alteración sensorio perceptual; visual y auditiva relacionado con sobre carga sensorio-perceptual.

P. C. Riesgo de sufrir traumas y/o lesiones relacionado con riesgo de eclampsia.

Protocolo 5: D. E. alteración en el patrón del sueño relacionado con interferencias propias del ambiente hospitalario y tratamiento.

Alteración en la comodidad relacionado con molestias producidas por superficies irregulares de la cama.

Incapacidad potencial de adaptación individual relacionada con hospitalización, cambios en la dieta y rutinas del control diario.

P. C. Dolor.

Protocolo: 1 Patrón: Percepción y manejo de la salud

Nombre: _____ Estado: _____ Servicio: _____ Unidad: _____ Fecha: _____

Médico Responsable: _____ Enfermera Responsable: _____

D.E. Déficit en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de conocimiento sobre:

- Cuidados generales durante la gestación.
- Importancia del control prenatal.
- Requerimientos nutricionales durante la gestación.

Metas	*S/A	Acciones del protocolo
<p>1. Al finalizar las sesiones educativas describe los cuidados que debe aplicar durante la gestación.</p> <p>Nota: Las acciones para lograr esta meta se iniciarán tan pronto la paciente esté en condiciones de recibir adecuadamente la enseñanza.</p> <p>2. Antes de su egreso hospitalario reconoce los cuidados que debe seguir ambulatoriamente para el manejo de la enfermedad.</p>	<p>*S/A</p>	<p>1. Educación por parte de la enfermera sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Importancia del control prenatal. 1.2 Higiene durante la gestación haciendo énfasis en: <ul style="list-style-type: none"> -Cuidados de la piel, senos, cabello y vestido. -Descanso y sueño. -Ejercicios de respiración y relajación. -Recreación. -Actividad sexual. -Alimentación y nutrición balanceada. -Signos de alarma durante la gestación. <p>2. Cuidados ambulatorios recomendados:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Disminución en actividad y labores domésticos al mínimo. 2.2 Períodos de descanso largos en decúbito lateral, preferiblemente izquierda. 2.3 Ingesta de una dieta hiperprotéica y normosódica. 2.4 Controles médicos semanales. 2.5 Identificación de signos de inminencia de eclampsia.

Observaciones: _____

*S/A: Selección de acciones.

Protocolo: 4 Patrón: Cognoscitivo-perceptual

Nombre: _____ Estado: _____ Servicio: _____ Unidad: _____ Fecha: _____

Médico Responsable: _____ Enfermera Responsable: _____

D.E. Riesgo de sufrir lesiones y/o traumas relacionado con incapacidad para protegerse por sí mismo y/o efectos secundarios al tratamiento.

P.C. Riesgo de sufrir traumas y/o lesiones relacionado con riesgo de eclampsia.

Metas	*S/A	Acciones de protocolo
<p>1. Durante la hospitalización no muestra evidencias de lesiones o accidentes.</p> <p>2. Identificados los signos de inminencia de eclampsia, la gestante no convulsionará.</p>		<p>1. La enfermera y/o el personal auxiliar de enfermería cumplen con medidas de seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Uso permanente de barandas protectoras. 1.2 Ubicación de la paciente en una unidad de cuidado cerca de la estación de enfermería. 1.3 Disponibilidad de timbre e iluminación cerca de la paciente. 1.4 Detección de la presencia de signos de inminencia de eclampsia: Cefalea intensa, fosfenos, náuseas, vómitos, irritabilidad, hiperreflexia y aumento significativo de la P.A. 1.5 Disponibilidad de equipo protector de boca: Hisopo o cánula y cubeta. 1.6 Disponibilidad de equipo para atención de paro cardio-respiratorio. 1.7 Observación constante de la paciente. 1.8 Cateterismo vesical a permanencia. <p>2.1 Después de valoración y prescripción médica, aplique el esquema Zuspan (anticonvulsivante) a pacientes que presenten signos de inminencia de eclampsia.</p> <p>2.2 Prepare la solución así: diluya en 250 c.c. D 5% AD 3 ampollas (6 gr.) de sulfato de magnesio (SO₄ Mg.) al 20%.</p> <p>2.3 Canalice una vena de buen calibre.</p> <p>2.4 Administre la solución preparada durante 20 min. (IV) s. 40 g/min. (equipo de actor goleo de 10 g/c.c.). Esta es la dosis inicial o bolo.</p> <p>2.5 Continúe con dosis de mantenimiento preparada así: Disuelva 6 ampollas (12 g.) de SO₄ mg. 20% en 500 c.c. D 596 AD; administre esta preparación durante 12 horas (IV) a 7 g/min. (equipo de factor goleo de 10 g/c.c.). Al terminar ésta, prepare una solución igual a la anterior, para</p>

Observaciones: _____ Continúa p. sgte.

*S/A: Selección de acciones.

Protocolo: 4 Patrón: Cognoscitivo-perceptual

Nombre: _____ Estado: _____ Servicio: _____ Unidad: _____ Fecha: _____
 Médico Responsable: _____ Enfermera Responsable: _____

D.E. Riesgo de sufrir lesiones y/o traumas relacionado con incapacidad para protegerse por sí mismo y/o efectos secundarios al tratamiento.

P.C. Riesgo de sufrir traumas y/o lesiones relacionado con riesgo de eclampsia.

Metas	*S/A	Acciones de protocolo
		<p>las siguientes doce horas. Así se completa la dosis máxima para 24 horas que es de 30 g.</p> <p>2.6 Durante la administración del Zuspán controle los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Frecuencia respiratoria (FR): Menor de 14 r/min. -Frecuencia cardíaca: menor de 60/min. -Diuresis horaria: menor de 30 c.c./hora. -Reflejo rotuliano: disminución de éste. <p>-En caso de que se presenten uno o más signos de alarma informe inmediatamente al médico.</p> <p>2.7 Vigile la respuesta refleja cada 15 min.?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si la respuesta es normal indica que la dosis ha sido adecuada. -Si hay hiperreflexia administre SO4 Mg. 2096 102 g (1V) sin diluir lentamente, previo concepto médico. -Tenga presente que la dosis terapéutica del SO4 Mg. es de 6 meq/dl y la dosis de intoxicación por encima de estos niveles. -Tome muestras para niveles séricos según criterio médico. -Tenga en cuenta que la pérdida del reflejo rotuliano o patelar es indicador de niveles séricos compatibles con intoxicación por SO4 Mg. -Valore la FR: si está por debajo de 12 r/min. indica depresión central que lleva rápidamente al paro respiratorio y cardíaco. -En presencia de signos de intoxicación informe inmediatamente al médico y prepare: gluconato de calcio 10% 1 g. disuelto en 10 ml. de AD y adminístrelo lentamente. 2.8 Controle frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales. 2.9 Mantenga la paciente en decúbito lateral izquierdo.

Observaciones: _____

Continúa p.sgte.

*S/A: Selección de acciones.

Protocolo: 4 Patrón: Cognoscitivo-perceptual

Nombre: _____ Estado: _____ Servicio: _____ Unidad: _____ Fecha: _____
 Médico Responsable: _____ Enfermera Responsable: _____

- D.E. Riesgo de sufrir lesiones y/o traumas relacionado con incapacidad para protegerse por sí mismo y/o efectos secundarios al tratamiento.
- P.C. Riesgo de sufrir traumas y/o lesiones relacionado con riesgo de eclampsia.

Metas	*S/A	Acciones de protocolo
<p>3.A Verbaliza una disminución en los síntomas de sobrecarga sensorial.</p>		<p>2.10 En caso de convulsión: -Coloque la cabeza en hiperextensión. -Mantenga vías aéreas permeables. -Proteja lengua y mucosas de mordeduras. -Proteja de traumatismos (fracturas, caídas). -Si no está recibiendo el esquema Zuspain, inícielo según este mismo protocolo. -Vigile diuresis horaria. -Coloque O2 de 4-6 l/min. por máscara facial. -Realice control neurológico c/15 min. en la primera hora y luego c/30 min. -Registre los datos en la hoja neurológica. -Suspenda la vía oral hasta que se reestablezca el estado de conciencia. -Administre medicamentos según orden médica. -Si tiene catéter central, controle presión venosa central cada hora y registre datos. 3. Provea un ambiente adecuado: 3.1 Mantenga luz indirecta. 3.2 Suavice la luz nocturna (artificial). 3.3 Evite al máximo los ruidos ambientales. 3.4 Restrija conversaciones no esenciales del personal de salud en proximidad a la unidad. 3.5 Evite aglomeración de personas en la unidad. 3.6 Exija al personal de salud la disminución de ruidos en proximidad a la unidad. 3.7 Permita la verbalización de percepciones molestas de tipo ambiental por parte de la paciente. 3.8 Si se usan la televisión y música, hágalo con volúmenes bajos.</p>

Observaciones: _____

*S/A: Selección de acciones.

Protocolo: 8 Patrón: Actividad y ejercicio

Nombre: _____ Estado: _____ Servicio: _____ Unidad: _____ Fecha: _____

Médico Responsable: _____ Enfermera Responsable: _____

P.C. Riesgo de hemorragia relacionado con H.I.G.

Metas	*S/A	Acciones de protocolo
<p>1. No presenta hemorragias extensas y en caso de presentarse se detectan y tratan oportunamente.</p>		<p>La enfermera y/o auxiliares de enfermería ejecutan las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Tome muestras de laboratorio semanalmente: <ul style="list-style-type: none"> -PT. -PTT. 1.2 Si se sospecha compromiso hematológico se toman muestras para análisis de: <ul style="list-style-type: none"> -Fibrinógeno. -Productos de degradación del fibrinógeno. -Pruebas de función hepática. 1.3 Interprete resultados e informe al médico si se encuentran alteraciones. 1.4 Observe signos y sitios de sangrado: Patequias, hematomas y hemorragias. 1.5 Evite punciones innecesarias. 1.6 Evite la administración de drogas por vía IM. 1.7 Administre según criterio médico siguiendo las precauciones correspondientes: <ul style="list-style-type: none"> -Sangre total. -Glóbulos rojos empaquetados. -Plaquetas -Crioprecipitados.

Observaciones: _____

*S/A: Selección de acciones.

Protocolo 6: D. E. déficit en el autocuidado grado II - III relacionado con reposos en cama y/o enfermedad materna concomitante.

Potencial de alteración en la función respiratoria relacionada con reposo en cama y/o anasarca.

P. C. alteración en la perfusión tisular materno-fetal relacionada en H. I. G. y enfermedad materna concomitante.

Alteración en el gasto cardiaco: disminución, asociado en H. I. G. y/o disfunción renal.

Protocolo 7: D. E. riesgo de déficit en el mantenimiento del hogar relacionado con déficit en los factores de apoyo para la realización de labores domésticas en el hogar.

Protocolo 8: P. C. riesgo de hemorragia relacionado con H. I. G.

Protocolo 9: P. C. riesgo de alteración del crecimiento fetal relacionado a H. I. G. y enfermedad materna concomitante.

Protocolo 10: D. E. riesgo de lesiones en la integridad de la piel relacionado con reposo en cama y edema.

P. C. Exceso en el volúmen de líquido extravascular: Edema, asociado a H. I. G. y enfermedad materna concomitante.

Protocolo 11: P. C. Potencial de alteración en la función renal secundario a H. I. G. y enfermedad concomitante.

Protocolo 12: D. E. alteración en los procesos familiares relacionada con prolongada hospitalización y/o problemas económicos.

Protocolo 13: D. E. temor relacionado con percepción de cambios en el bienestar fetal.

Ansiedad relacionada con separación de sus hijo(s).

CONCLUSIONES

1. La gestante sujeto de estudio presenta aspectos clínicos y socio-culturales comunes a saber:
 - Clínicamente son clasificadas para su tratamiento como estados IIb y III, aunque algunas pertenecieron al estado IV o presentaron complicaciones secundarias a la toxemia.
 - El nivel educativo es aceptable facilitándoles algún grado de receptividad de los programas de educación en salud que la insti-

tución pueda ofrecerles, sin embargo su nivel socio- económico fue el de una población deprimida de la ciudad.

- Existe una significativa relación entre la hipertensión inducida por la gestación y el déficit de conocimientos en relación a su enfermedad y como prevenirla.
 - Los factores ambientales como el exceso de luz, ruido y los mismos procedimientos rutinarios influyen notablemente sobre el estado clínico y evolución de la gestante con H. I. G.
 - Presentan alteraciones en sus procesos familiares ya que ellas desempeñan un rol importante en el núcleo familiar.
 - El reposo a que son sometidas a través de la hospitalización es una medida preventiva de las complicaciones de la H. I. G.
2. Teniendo en cuenta los anteriores aspectos se puede afirmar que las actividades de enfermería y el personal médico deben estar orientadas a la atención primaria para evitar que la gestante llegue a los estados avanzados de la H. I. G., en que se compromete seriamente la vida del binomio madre-hijo; dichas acciones deben ser desarrolladas por personal de enfermería en los niveles primario y secundario y terciario preferiblemente por especialistas.
 3. Dada la utilidad que representó para la clasificación de los datos y posterior conformación de categorías diagnósticas, en el estudio se puede afirmar que las categorías diagnósticas de enfermería sí son útiles para rotular las respuestas humanas de las gestantes con H., I. G. en el servicio de toxemias, ya que 49 de ellas fueron identificadas en las 11 pacientes.
 4. Esta metodología de análisis y producción de diagnósticos de enfermería y problemas colaborativos es útil ya que para el médico especialista del servicio, no fue difícil comprender la metodología utilizada por las investigadoras y menos por la enfermera especialista.

RECOMENDACIONES

1. Para contribuir con un sistema de atención con énfasis en la detección de riesgos y manejo oportuno de complicaciones, el empleo de un protocolo de atención ofrecería una ayuda valiosa para el personal de salud que brinda el cuidado.
2. Teniendo en cuenta que las pacientes hospitalizadas en el servicio acusan la misma entidad sería conveniente hacer uso del protocolo, cuya finalidad es la de orientar la atención para este tipo de pacientes y evaluar los cuidados con base en las metas propuestas.

3. El I. M. I. y el servicio podrían tener en cuenta la demanda de atención directa dependiente del personal de enfermería, a fin de ampliar la dotación de éstos, facilitándose la valoración del grado de dependencia y brindando una atención acorde con éste.
4. Este protocolo producto final del estudio exige:
 - capacitar al grupo de personas que trabajan en el servicio para su manejo correcto.
 - dotar al servicio con papelería y registros.
 - su divulgación continúa a través de los programas de las escuelas de enfermería, medicina y educación continuada.
 - establecer normas de manejo y control para su correcto uso.
 - ser evaluado posteriormente en forma periódica para su estandarización.
 - elaborar nuevos protocolos de acuerdo a los problemas identificados no considerados en este estudio.
5. El grupo de personas encargado del manejo de la gestante toxémica debe tener en cuenta que la familia también exige atención ya que ella influye notablemente en el estado de la madre.
6. El I. M. I. debe extender sus acciones preventivas a los Centros de atención Primario y su área de influencia, a fin de motivar al personal en la implantación de los programas educativos, elaborados por el Sistema Nacional de Salud para ser ejecutados con gestantes que asisten a la consulta prenatal.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOTERO U. Jaime; JUBIZ H. Alfonso y HENAO, Guillermo. Obstetricia y ginecología. Texto integrado. 3 ed. Medellín. Carvajal, 1987, p. 6.
2. Frecuencia de mortalidad perinatal. En: Estadísticas del servicio de toxemias del I. M. I. de Bogotá. D. E., 1987.
3. Frecuencia de mortalidad perinatal, ante, intra y post-parto por peso al nacer y grupo de tratamiento. En: Estadísticas de toxemias del I. M. I. de Bogotá D. E., 1988.
3. ENTREVISTA CON Jaime Arenas, Médico residente 2do. año de la especialidad de Ginecoobstetricia. Bogotá, D. E. febrero 4 de 1990.
5. CONFERENCIA POR Edilma Gutierrez de Reales, Profesor Asociado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D. E., septiembre 1988.
6. CARPENITO, Linda J. et al. Diagnóstico de Enfermería: aplicación a la práctica clínica España: Interamericana, 1987.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ DE TORRES, Martha Lucía; DANIES VALVERDE, Jackeline; MUNEVAR TORRES, Rosa Yolanda, propuesta de protocolo de atención para pacientes con hipertensión inducida por la gestación (H. I. G.), en el servicio de toxemias del Instituto Materno Infantil de Bogotá, basado en problemas colaborativos y diagnósticos de enfermería Bogotá, 1990, p. 129. Monografía (Especialista de Enfermería Perinatal). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Departamento Materno Infantil y Salud Pública, Postgrado.
- BOTERO U, Jaime; JUBIZ H. Alfonso y HENAO Guillermo. Obstetricia y Ginecología; Texto Integrado. 3 ed. Medellín: Carvajal, 1987. pp. 273-293.
- CABEL, C. Nursing diagnosis and intervention in nursing practice New York. Wilwy, 1987.
- CARPENITO, Linda. et al. Diagnósticos de Enfermería. aplicación a la práctica clínica. España. Interamericana, 1987.
- CONFERENCIA POR Edilma Gutiérrez de Reales, Profesor Asociado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, septiembre 1988.
- Frecuencia de mortalidad perinatal. En: Estadísticas del servicio de toxemias del I. M. I. de Bogotá D. E. 1987.
- Frecuencia de mortalidad perinatal ante, intra y post-parto por peso al nacer y grupo de tratamiento. En: Estadísticas del servicio de toxemias del I. M. I. de Bogotá D. E. 1988.
- GORDON, Marjorie. Nursing diagnosis. Traducción Facultad de Enfermería. Estudios de Postgrado. Universidad Nacional. Capítulos I, III, VII y VIII. Bogotá D. E. 198-?
- JARLEY, Mary Ann. Classification of nursing diagnosis proceedings of the sixth conference. St. Louis. the c. v. Mosby, 1988 p. 469.
- IYER, Patricia W; TAPICH, Barbara J y BERNOCH- LOSEY, Donna. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. 1 ed. Madrid: Interamericana, 1988. pp. 11-18.