

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

"APLICADO A UNA PACIENTE ADULTA CON PATRÓN  
RESPIRATORIO INEFICAZ ASOCIADO A UN EMBARAZO DE 40  
SEMANAS DE GESTACIÓN MANIFESTADO POR TAQUIPNEA,  
ANGUSTIA Y TEMOR"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

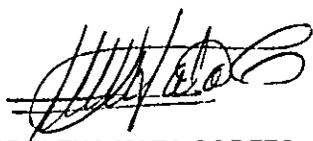
PRESENTA:

288953

ALICIA ANGELES MARTINEZ

NO. DE CUENTA O-9761040-1

DIRECTOR DEL TRABAJO:



LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES.

OCTUBRE 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
Introducción .....	1
Justificación .....	2
Objetivo General .....	3
Objetivos Específicos .....	4
I. Marco Teórico .....	5-27
Patología sufrimiento fetal agudo .....	28-33
II. Metodología .....	34
III. Aplicación del proceso atención del enfermo	
3.1 Presentación del caso clínico .....	34
3.2 Valoración .....	34-40
3.3 Diagnósticos de enfermería .....	40-45
3.4 Planeación .....	46
3.5 Ejecución .....	47-56
3.6 Evaluación .....	57
IV. Conclusiones .....	58-59
Glosario .....	60-63
Bibliografía .....	64

## AGRADECIMIENTO.

A Dios, por la vida, la entereza y la sabiduría necesarias para lograr cada una de mis metas.

Al Hospital General  
Institución Humanista donde durante casi cinco lustros he presentado mis servicios.

A todos los catedráticos de Licenciatura en Enfermería SUA. Y en especial a la Lic. Ma. Magdalena Mata Cortes por su confianza y apoyo brindados en todo momento.

A mis familiares por su cariño y apoyo incondicional el cual me brindaron para cursar la Licenciatura años posteriores al primero y principalmente para la elaboración de este proceso.

Con amor incondicional a mis dos hijas Laura Yunuen y Miroslava.

Que me dan la motivación para luchar y la inspiración para vivir.

A Bertha Lozada Armenta y Thais Monter Salgado por su impulso, apoyo y asesoramiento durante la redacción de este proceso.

## INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es el único método sistemático con el que cuenta la enfermera para poder proporcionar atención al cliente viéndolo desde el punto de vista holístico para poder conservar, preservar y rescatar la salud del individuo, familia y comunidad, es un respaldo para la primera etapa que es la valoración, la cual aporta datos para formular una historia clínica.

2ª etapa que es el diagnóstico, es donde se estructura el diagnóstico de enfermería, basado en la taxonomía de la NANDA. En su 3ª etapa que es la planeación, nos permite jerarquizar las necesidades detectadas en el paciente, así como también la 4ª etapa que es la ejecución, ya que son propiamente las acciones de enfermería encaminadas a satisfacer las necesidades del individuo de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson con su debida razón científica.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) concluye con su 5ª etapa, que es la evaluación, la cual determina los resultados positivos o negativos. En la aplicación de este proceso a una paciente adulta con patrón respiratorio ineficaz asociado a un embarazo de 40 semanas de gestación manifestado por taquipnea, angustia y temor.

## JUSTIFICACIÓN

La enfermería es una disciplina sometida a un cambio constante a medida que la investigación y la experiencia clínica amplie nuestros conocimientos.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una metodología que permite a la enfermera intervenir de manera sistemática al planificar nuestra atención de enfermería, ya que nos facilita definir la problemática, que la enfermería puede ayudar a resolver desde nuestro rol autónomo y diferenciado en nuestra función de cuidar.

El presente Proceso Atención de Enfermería (PAE) nace de la necesidad de realizar un trámite para poder obtener la titulación de Lic. en Enfermería.

A la vez de la preocupación por contar con los conocimientos actualizados para poder brindar atención integral, tomando en cuenta con suma importancia al paciente en forma biopsicosociocultural de una persona con sufrimiento fetal para interactuar en su entorno.

## **OBJETIVO GENERAL**

Dar a conocer el presente Proceso Atención de Enfermería (PAE) basado en la taxonomía de la nanda, congruente con el modelo que plantea Virginia Henderson el cual dice, que cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Obtener la titulación de Lic. en Enfermería.
- Conocer el Proceso Atención de Enfermería en forma ideal para poder proporcionar atención de calidad y calidez al individuo.
- Aplicar el (PAE) con bases científicas para obtener resultados favorables, que permitan al individuo reintegrarse a la sociedad.

# I. MARCO TEORICO

## 1.1 ENFERMERÍA

### DEFINICIÓN:

De acuerdo a Virginia Henderson (1966) define a la enfermería como: ayudar a las personas enfermas o sanas en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que pueden efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible.<sup>1</sup>

En 1980 la (ANA) desarrollaba una definición básica vigente que describe los alcances de esta actividad.

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

### FUNDAMENTO:

Se le denomina fundamento de enfermería lo que nos va a dar conocimientos y enseñanza básica sobre principios, técnicas y conservación del material y equipo; nos enseña básicamente a dar atención de enfermería al paciente, familia o comunidad.

### PRINCIPIO:

Es un hecho provocado o grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente admitida, o sea una ley moral aceptada por la mayoría de la sociedad.

**TÉCNICA:**

Conjunto de procedimientos propios de una arte, ciencia u oficio.

**NORMA:**

Son las reglas que controlan las acciones y la conducta humana.

**PRINCIPIO CIENTIFICO:**

Esta basado en observaciones de un hecho que sigue siendo verdad en cualquier circunstancia que se presente.

**PRINCIPIO DE ENFERMERIA:**

Esta basado en experimentos y observaciones de un hecho aprobado o un grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente por la mayoría de la sociedad.

El principio sirve para normar la acción, nos determina lo que debe hacerse, sin embargo ayuda a guiar la acción necesaria de acuerdo al resultado que se desea.

Sirven para guiar a la enfermera en la atención del paciente y en la aplicación de diferentes terapias.

**CUIDADOS BÁSICOS:**

Son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo varían constantemente porque cada persona

---

<sup>1</sup> Bruner, D. S. Suddarth L. S. "Enfermería Médico Quirúrgica" 6ª Edición, Vol. I, Editorial Interamericana, pag. 2

compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades, o a la idiosincrasia de cada persona.<sup>2</sup>

## **1.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA**

Es su método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación en los cuales se van a realizar acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.

El proceso de enfermería se basa la idea de que el éxito de los cuidados se miden por el grado de eficiencia de satisfacción y progreso del paciente.

## **1.3 CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.**

Es un sistema de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basados en el método científico considerado un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad en el cual se sustenta la enfermería profesional.

Su objetivo es identificar las necesidades de cuidados reales o potenciales del cliente para establecer planes y realizar actividades específicas que las satisfagan y que puede aplicarse a individuos, familias y comunidades.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Rosales Barrera "Fundamentos de Enfermería" Tomo I, 2ª Edición, Editorial Manual Moderno, México, D.F. Santa Fe de Bogotá 1999 Pag. 27

<sup>3</sup> Alfaro Lefevre Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería", 3ª Edición, Editorial Mosby Barcelona, España, 1996, pag. 2 - 5

### 1.3.1 VALORACIÓN

Es el primer paso del proceso de cuidados y de mayor importancia en la recolección de datos y consiste en reunir toda la información disponible que nos permitan formarnos una idea clara del estado de salud del paciente, se identifican problemas y capacidades.

Todas las decisiones e intervenciones de la enfermera se basan en la información reunida en esta etapa, se considera muy importante porque se realizan actividades específicas que contribuyen a ser una pensadora crítica para encontrar la información necesaria para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.<sup>4</sup>

### RECOLECCIÓN DE DATOS

Empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continua durante el tiempo que se necesitan esos cuidados.

La información recopilada proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establece un plan inicial de cuidados. La información recopilada en visitas posteriores no sólo aporta datos sobre la situación de salud, sino también como responde el individuo al plan de cuidados, esto implica la utilización de diferentes recursos no obstante se debe considerar al paciente como la principal fuente de información, el resto de la información se obtendrá de los registros médicos, de enfermería y de otros profesionales de la salud, así como de la familia y la bibliografía relevante para elaborar una historia clínica y un diagnóstico de enfermería y poder conocer los problemas que aquejan al individuo.

El profesional de enfermería posee tres medios para la recopilación de información primaria como la observación, la entrevista y la exploración física.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Ibid, Ampliación del proceso de enfermería, pag. 36 - 37

<sup>5</sup> Op cit Dp. Cit. Ampliación del Proceso de Enfermería pag. 37

### **1.3.1.1 OBSERVACIÓN**

Es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica, las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo es esencial para la valoración.

La observación es una técnica consciente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y un enfoque organizado y que implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del individuo, como de cualquier otra fuente significativa, del entorno y de la interacción de estas tres variables.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación deberán de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>6</sup>

### **1.3.1.2 ENTREVISTA**

Es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad.

Algunos objetivos son: recabar datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería.

Existen dos planteamientos de la entrevista. Dirigible y no Dirigible.

#### **ENTREVISTA DIRECTA:**

Esta muy estructurada y se obtiene una información específica, a menudo son utilizadas para recopilar y dar información en un tiempo limitado.

---

<sup>6</sup> Murray Mary Ellen Ph, D., RN, Atkinson Leslie. D. R. N. M. S. N. 5ª Edición Mc Graw Hill Interamericana, pag. 18 - 21

## **ENTREVISTA INDIRECTA:**

Es aquella en la cual se obtiene información de fuente secundaria como la familia o exponentes.<sup>7</sup>

### **1.3.1.3 EXPLORACIÓN FÍSICA**

Se realiza para obtener información y completar nuestra base de datos objetivos y subjetivos que permitan a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería, desarrollar las metas del cliente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.

La exploración física se hace sistemáticamente para evitar omisiones, se puede seguir un planteamiento de pies a cabeza (cefalocaudal) o un planteamiento por aparatos y sistemas.

#### **METODO CEFALOCAUDAL:**

Se inicia el reconocimiento físico valorando cabeza, continua con el cuello, tórax, abdomen, extremidades terminando en los dedos de los pies.<sup>8</sup>

#### **METODO POR APARATOS Y SISTEMAS**

Se puede iniciar considerando el sistema respiratorio, circulatorio, nervioso, digestivo, etc. Cualquier enfoque metodológico es aceptable siempre que satisfaga las necesidades de reunir datos relevantes que ayuden a identificar problemas de salud que requieren la intervención de enfermería.

Para la realización del examen físico la enfermera utiliza sus sentidos y habilidades que le permiten reunir la información necesaria sobre el individuo y utiliza técnicas como la visualización, auscultación, palpación y percusión.

---

<sup>7</sup> op. cit. Alfaro Rosalinda pag. 48 - 52

<sup>8</sup> Ibid Murray Mary Ellen, pag. 24 y 25

**VISUALIZACIÓN:**

Es la inspección del cuerpo del individuo, la enfermera usa sus sentidos como el oído, olfato y tacto, la visualización es a menudo el punto de partida para la realización de un examen físico.

**AUSCULTACIÓN:**

Consiste en escuchar, a través de un estetoscopio los sonidos propios del corazón, pulmones e intestinos.

**PALPACIÓN:**

Consiste en sentir y valorar la posición de los órganos, la temperatura corporal, tumores, rigidez abdominal o localización del dolor.

**PERCUSIÓN:**

Se realiza golpeando suavemente con un martillo de punta de caucho o con la yema de los dedos, esto se hace para evocar respuestas, usualmente en la forma de sonido o movimiento que dan información acerca de la parte corporal subyacente.<sup>9</sup>

**1.3.1.4 HISTORIA CLINICA**

Es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el individuo, cuyo propósito es recopilar información como sea posible para identificar problemas y planear la actuación de enfermería (Yura y Waish 1988, pag. 116).

Los datos obtenidos en la historia de enfermería entre enfermera e individuo constituyen ampliamente un reconocimiento subjetivo, pues se consigue información sobre el individuo, su salud, respuestas a la enfermedad, factores

---

<sup>9</sup> op. cit. Murray Mary Ellen, pag. 25

socioculturales, prácticas y creencias sanitarias, patrones de lucha y las actividades diarias.<sup>10</sup>

### **1.3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales, reales y potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA son: reales, de alto riesgo, posible y de bienestar o síndrome.

#### **Dx REAL:**

Describe un juicio clínico que la enfermera ha confirmado a causa de la presencia de características que lo definen, signos o síntomas principales.<sup>11</sup>

#### **Dx de ALTO RIESGO:**

Este describe un juicio clínico de un individuo o grupo que es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

#### **Dx de BIENESTAR:**

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar (NANDA).

---

<sup>10</sup>Op cit. Murray Mary Ellen Pag. 21 - 23

<sup>11</sup> Carpenito Juall Linda. R. N. M. S. N. "Manual de Diagnostico de Enfermería" 5ª Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana Madrid 1995 Pag. 28 - 29

**Dx de SINDROME:**

Consiste en una agrupación de diagnósticos de enfermería reales o de alto riesgo que afirma se presentarán debido a la existencia de una situación o acontecimiento determinado.

**Dx POSIBLES:**

No constituyen un tipo de diagnostico, representan una opción a quien diagnostica para indicar que aun cuando existen datos para establecer un diagnostico estos no son suficientes.

**ENUNCIADO DE DIAGNOSTICO:**

Este describe el estado de salud del individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado.

**ENUNCIADO DE UNA PARTE:**

Son los diagnósticos de enfermería de bienestar potencial para favorecer, seguido por el mayor nivel de bienestar que la persona o grupo desea alcanzar. <sup>12</sup>

**Dx SINDROMICO:**

Son enunciados de una parte con la etiología o factores concurrentes para el diagnostico contenido en la denominación diagnostica.

**ENUNCIADO EN DOS PARTES:**

Son los diagnósticos de enfermería de alto riesgo. Es la comprobación de un diagnostico de enfermería y la presencia de factores de riesgo.

---

<sup>12</sup> Ibid. "Manual de Diagnostico de Enfermería" Pag. 29

### **Dx ENF. POSIBLES:**

Se sospecha la presencia de ciertos factores que la enfermería debe descartar o confirmar con datos adicionales. Dx Enfermería en relación con factores de alto riesgo.

### **ENUNCIADOS EN TRES PARTES:**

Son los diagnósticos de enfermería reales, consta de la denominación del Dx + factores concurrentes + signos y síntomas.

Presencia de signos y síntomas principales confirman que un diagnóstico real esta presente.

La presencia de un Dx de Enfermería se determina por la valoración del estado de salud del individuo y su capacidad para funcionar.<sup>13</sup>

### **1.3.3 PLANIFICACIÓN**

Se define como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del individuo que se han identificado durante el diagnóstico.

La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de los cuidados de enfermería de calidad. Es un proceso en el que se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de los problemas identificados durante el diagnóstico de enfermería.<sup>14</sup>

### **LA PLANIFICACIÓN IMPLICA:**

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de los resultados esperados.
- Determinación del plan de cuidados.
- Documentación del plan de cuidados.

<sup>13</sup> Op. cit. "Manual de diagnóstico de enfermería" Pag. 31

<sup>14</sup> Marriner A.N.N. "Proceso de Atención de Enfermería con un enfoque científico".

## **EL PLAN DE CUIDADOS TIENE LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS:**

1. Facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y las anotaciones de los mismos.
3. Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación y la investigación.<sup>15</sup>

## **FIJACIÓN DE PRIORIDADES**

Es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias de enfermería, establecer prioridades.

- ¿Qué problemas necesitan atención inmediata?
- ¿Qué problemas tienen soluciones sencillas?
- ¿Qué problemas deben derivarse a otro profesional?
- ¿Qué problemas deben anotarse en el plan de cuidados?

El mecanismo habitual para la fijación de prioridades es la jerarquización de necesidades básicas de Maslow (1968) quien postulo que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas.

- Necesidades Fisiológicas.
- Necesidades de Protección/Seguridad
- Necesidades de Amor o Pertenencia
- Necesidades de Autoestima
- Necesidades de Autorrealización

## **Establecimiento de objetivos del cliente y los criterios de resultado**

Un objetivo del individuo es un resultado o un cambio deseado en la conducta del cliente hacia la seguridad. El logro del objetivo refleja la resolución de

---

<sup>15</sup> Op cit. Aplicación del Proceso de Enfermería pag. 129

la inquietud o problema de salud del cliente especificado en el Dx de enfermería.

Los objetivos pueden reflejar la recuperación de la salud, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud.

Un objetivo del cliente es el resultado deseado de la atención de enfermería y estos objetivos son indicadores amplios de resultados.

Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo. Dado que gran parte del tiempo de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del cliente la mayor parte de los objetivos se plantean a corto plazo; y son aquellos que pueden lograrse en forma rápida con frecuencia a menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo, son aquellos que van a lograrse a un tiempo más largo con frecuencia semanas o meses y son adecuados para individuos con problemas crónicos de salud, y atendidos en su domicilio.<sup>16</sup>

## **DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.**

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluirán en el plan de cuidados y por tanto tratados, estos deben de consensurarse con el individuo de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario esto nos facilitará aún más la relación terapéutica.

## **DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS.**

La cuarta etapa y final de la fase de planeación es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

---

<sup>16</sup> Op. cit. Alfaro Rosalinda Pag. 128,

La finalidad de los planes de cuidados están dirigidos a fomentar cuidados de calidad mediante:

Los cuidados individualizados.

La continuidad de los cuidados.

La comunicación.

La evaluación.<sup>17</sup>

### 1.3.3 EJECUCIÓN

También denominada actuación y consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

La actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos (Bulechek y Mc Closkey 1985, pag. P).

La fase de la ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y las necesidades existenciales del individuo.

Durante toda la fase de la operación se debe continuar recopilando información ya que a medida que las condiciones del individuo cambian, la base de datos cambiara por lo que es necesario revisar y actualizar el plan de cuidados. Las actividades de enfermería que se realizan en esta etapa son de tipo: Dependiente, Interdependiente y de Colaboración.<sup>18</sup>

#### ACTIVIDADES DEPENDIENTES.

Son aquellas que se realizan bajo una orden o supervisión del médico o jefe inmediato.

---

<sup>17</sup> Op cit. Alfaro Rosalinda pag. 129

<sup>18</sup> Op cit. Murray Mary Ellen pag. 115

## **ACTIVIDADES INDEPENDIENTES**

Son las acciones que realiza la enfermera como resultado de sus conocimientos y su capacidad para decidir su actuación.

## **ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN**

Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.

Para la ejecución del plan de cuidados la enfermera debe reunir las siguientes capacidades: Cognoscitiva, interpersonal y técnica o manual.

## **COGNOSCITIVAS**

Se refiere a la capacidad intelectual necesaria para la toma de decisiones, la resolución de problemas, un pensamiento crítico y creatividad.

## **INTERPERSONALES**

Son todas las actividades que realiza una persona para comunicarse con otra, la eficacia de la actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

## **TÉCNICAS O MANUALES.**

Son las actividades que se realizan con las manos como la aplicación de técnicas y procedimientos o la utilización del equipo médico a su disposición.

Es de especial importancia el conocimiento de los principios científicos en los que se basa un procedimiento para que se pueda adaptar sin riesgos a cada individuo.

Para que la enfermera pueda aplicar o ejecutar el plan de cuidados de enfermería al individuo generalmente realiza las siguientes actividades; cuidar, comunicar, ayudar, educar, asesorar, actuar como abogado de la persona y agente de cambio, conducir y controlar.<sup>19</sup>

Esta fase finaliza con el registro de las actividades de enfermería y las respuestas del paciente, esta información debe ser precisa, concisa y objetiva.

#### **1.3.4 EVALUACIÓN**

Es juzgar o valorar y consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de enfermería ya que a las conclusiones a las que se llega determina si la introducción de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse. Constituye un proceso continuo y terminal.<sup>20</sup>

#### **CONTINUO:**

Porque se realiza también durante la ejecución o implementación del plan de cuidados. En esta etapa la enfermera puede cambiar algunas actividades para ayudar al individuo a lograr sus objetivos.

#### **TERMINAL:**

Porque una vez aplicado el plan de cuidados de enfermería evalúa si se han cubierto los objetivos del individuo.

---

<sup>19</sup> Introducción al Proceso de Enfermería, pags. 247, 248, 249.

<sup>20</sup> Introducción al Proceso de Enfermería, pags. 52 - 56

## **EL PROCESO DE EVALUACIÓN TIENE SEIS ETAPAS:**

### **1. Identificar los criterios de resultado. (Estándares de medida),**

Que utilizará para determinar el grado de los objetivos. Estos criterios tienen dos propósitos. Orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar estos datos. Si estos criterios están bien definidos, son precisos y mensurables orientan al siguiente paso.

### **2. Recolección de Datos**

Los datos se recopilan de manera que se puedan sacar conclusiones sobre el logro de los objetivos, por lo que los datos deben tener relación con los criterios de resultado recopilándose mediante la observación, la comunicación directa con la persona o los registros de otros profesionales de la salud.

Estos datos pueden ser objetivos y subjetivos.

Objetivos: Son los más útiles en la evaluación ya que estos son medibles.

El registro de los datos debe ser conciso y exacto.

### **3. Cuantificación del logro de los objetivos.**

Consiste en comparar los datos recopilados con los criterios establecidos dando tres posibles resultados.

- ◆ Si se ha logrado el objetivo, es decir la respuesta del individuo es la esperada.
- ◆ El objetivo se ha alcanzado parcialmente; o sea solamente se han alcanzado objetivos a corto plazo pero no los de largo plazo.
- ◆ Si no se ha cubierto el objetivo.

#### **4. Relación de las actividades de Enfermería con los resultados del individuo.**

Jamas se debe suponer que las acciones de enfermería es el único factor casual de que se logren o no el total de los objetivos.

Por lo tanto la enfermera deberá revisar todos los aspectos del plan de cuidados y del proceso de enfermería independientemente de los objetivos que se hayan alcanzado, así como evaluar y reestructurar sus estrategias.

#### **5. Modificación del Plan**

Cuando se determina la necesidad de cambiar o modificar el plan de cuidados la enfermera debe de seguir los siguientes pasos:

- ◆ Modificar los datos de valoración y para diferenciar los nuevos hallazgos se anota la fecha y alguna señal que nos indique que son nuevos.
- ◆ Revisar los diagnósticos y anotar igualmente la fecha a los nuevos.
- ◆ Revisar las prioridades del individuo, los objetivos y los criterios de resultado para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos y fecharlos también.
- ◆ Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos; estas estrategias pueden incrementar o disminuir las necesidades del individuo, cambio de esquemas y nuevas disposiciones en las actividades de enfermería que permitan agrupar actividades similares o para permitir al individuo periodos de descenso de actividades más largos.

#### **6. Modificar los criterios de resultado.**

Ajustándolos a los cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben indicar el nivel de bienestar deseado por el individuo.

Invalidar los diagnósticos de enfermería incorrectos.

## 1.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

### CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Persona:	Necesidades básicas
Salud:	Independencia y Dependencia. Causas de la dificultad o problema.
Rol Profesional:	Cuidados básicos de enfermería. Relación con el equipo de salud.
Entorno:	Factores Ambientales. Factores Socioculturales. <sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Fernández Fernán Carmen, Novel Martín Gloria "El proceso atención de enfermería, estudio de casos", Marco Conceptual Henderson Virginia Taxonomía Diagnostica NANDA Ediciones científicas, S. A. Masson Salvat - Enfermería Barcelona, 1993, pag. 3 - 4

## **LA PERSONA Y LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS**

Cada persona se configura como un ser humano único y completo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

## **LA SALUD, INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.**

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales que buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada con el fin de mantener un estado óptimo de la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una

dependencia que se debe a tres causas y son: Falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.<sup>22</sup>

## **INDEPENDENCIA**

Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, socioculturales y espirituales.

## **DEPENDENCIA**

Se considera desde una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades.

Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Ibid. Fernández Ferrín Carmen, Novel Martín Gloria Pag. 4

<sup>23</sup> Ibid. Fernández Ferrín Carmen Novel Martín Gloria pag. 6 - 7

## **CAUSAS DE LA DIFICULTAD**

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, se agrupan en tres posibilidades:

### **1. FALTA DE FUERZA:**

Se interpreta por fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

### **2. FALTA DE CONOCIMIENTO:**

Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad; la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

### **3. FALTA DE VOLUNTAD:**

Entendida como incapacidad o limitación de la persona, para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

Las presencias de estas tres causas o de alguna de ellas como puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberían ser valores para la planificación de las intervenciones correspondientes.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Ibid Fernández Ferrín Carmen Novel Martín Gloria, pag. 7

## **ROL PROFESIONAL**

Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. (Virginia Henderson) dice: "Este es el caso de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla en el que es dueña de la situación".

## **ENTORNO**

Comprende la importancia de los aspectos socioculturales y de los aspectos físicos (familia, grupo, aprendizaje, factores de ambiente) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

## **APLICACIONES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

### **1. ETAPA DE VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO**

Sirve de guía en la recolección de datos, en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- ◆ El grado de independencia/dependencia en la satisfacción.
- ◆ Las causas de dificultad en tal satisfacción.
- ◆ La interrelación de unas necesidades con otras.
- ◆ La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad indefinidas.

## **2. ETAPA DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN.**

En la cual se formulan objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectada, en la elección del modo de intervención más adecuado de la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impiden al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Lo que significa determinar el modo de intervención más adecuado a la situación, todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

## **3. ETAPA DE EVALUACIÓN**

Determina los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados pues nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible ya que nuestra actuación va encaminada a ayudarle al individuo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Ibid Fernández Ferrín Carmen, Novel Martín Gloria, pag. 9 - 10

## SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

### **CONCEPTO:**

Aquellas circunstancias en las cuales el feto esta en peligro por dificultades en el intercambio gaseoso feto materno. Estas dificultades pueden ser bruscas, agudas o crónicas.

### **ETIOLOGÍA:**

Las causas son las siguientes por orden de importancia.

### **Factores uteroplacentarios**

Al producir polisistolias o hipertonia así como incordinaciones pueden disminuir la oxigenación fetal, y por lo tanto originan sufrimiento fetal, ya que disminuyen los periodos de descanso entre una contracción y otra, que es cuando fundamentalmente se oxigena el feto. Constituyen sin duda la causa más frecuente de sufrimiento fetal.

### **Insuficiencia placentaria**

En la placenta, el edema que producen en las vellosidades, la eritroblastosis, las infecciones lueticas y las diabetes aumentan el espesor de la membrana situada entre el feto y la madre por lo tanto disminuyen los intercambios.

Lo mismo ocurre en las placentas pequeñas propias de la hipertensión, cuya reserva funcional es escasa y con frecuencia producen cuadros de sufrimiento fetal. Ante cualquier causa que disminuya la perfusión (descenso de la tensión arterial, del tiempo de intercambio entre contracciones, etc.).

### **Separación de la placenta de su lecho de inserción.**

En este caso se interrumpe el intercambio feto materno, como sucede en el desprendimiento de la placenta normoinserta y en algunos casos de placenta previa.

### **Factores funiculares**

Los principales factores de este grupo que disminuyen el intercambio fetomaterno son los derivados de los prolapso, compresiones, nudos y circulares del cordón umbilical que producen oclusiones, que si se mantienen pueden afectar gravemente al feto también la inserción anómala del cordón puede originar sufrimiento fetal.

### **Factores fetales**

También los casos de anemia marcada (eritroblastosis) o de malformaciones cardiacas fetales que impidan aumentar el rendimiento de la circulación fetal para adaptarse a las diversas circunstancias pueden originar sufrimiento fetal.

### **Factores maternos**

La capacidad de oxigenación del feto puede ser alterada por múltiples factores entre los factores maternos determinantes de la disponibilidad de O<sub>2</sub>.

#### **Disminución de oxígeno en la madre**

Puede deberse a variaciones en el contenido de O<sub>2</sub> del aire inspirado, como puede ocurrir en la altitud o reducción del intercambio gaseoso en la madre por enfermedades crónicas o agudas de los pulmones (en el enfisema, asma, edema pulmonar y fibrosis).

#### **Disminución del transporte de O<sub>2</sub> por la madre**

Como ocurre en las insuficiencias cardiacas con insuficiente flujo cardiaco (que no pueda ser aumentado frente a las necesidades que supone el embarazo) en las anemias, en los cuadros de hemolisis, en la intoxicación por CO<sub>2</sub> o en la formación de metahemoglobina que disminuyen las posibilidades de transporte de O<sub>2</sub>.

### **Alteraciones en la distribución vascular materna**

Cuando se producen alteraciones en la distribución vascular, como en el caso del síndrome de decúbito supino en las gestantes de hipotensión supina, que se producen en las gestantes en decúbito supino al ser comprimida la vena cava inferior, por el útero contraído lo que disminuye bruscamente el retorno venoso y que rápidamente se produce una hipotensión uterina y placentaria. Se corrige como es sabido simplemente colocando a la paciente en decúbito lateral izquierdo.

La administración de anestésicos, como el flutano o la anestesia raquídea o peridural, pueden producir una vasodilatación marcada que puede disminuir, si no se compensa, la irrigación del espacio intervelloso. Lo mismo puede ocurrir al dar hipotensiones que disminuyan bruscamente la tensión arterial en casos de hipertensión o toxemia en los cuales ya hay cierta dificultad en dicha circulación uteroplacentaria.

### **Hipertensión e infección**

Los efectos que puede producir sobre la perfusión uterina no están todavía claros, aun que el consumo de O<sub>2</sub> es superior cuando la temperatura es elevada y con facilidad se producen cuadros de sufrimiento fetal, como se demuestra en los animales de experimentación y en la clínica.

### **Otros factores**

Otros factores que pueden disminuir la circulación en el espacio intervelloso serían la alta viscosidad sanguínea, como sucede en las hiperproteinemias o en la anemia de células falciformes (poco frecuente en nuestras latitudes, pero importante en otras zonas), y simplemente el estrés emocional repetido ya que la adrenalina puede provocar un cuadro de hipoxia fetal, por vasoconstricción del lecho vascular.

Durante el parto, la misma tensión nerviosa de la madre, con sus descargas adrenérgicas, es capaz de producir incordinaciones motoras y posibles hipertrónicas uterinas que pueden reducir la perfusión del espacio intervelloso.

Finalmente algunos medicamentos pueden tener efectos diversos sobre el feto. Así, los anestésicos locales administrados en el bloqueo parecervical pueden pasar rápidamente al feto y pueden provocar en el bradicardias también, aun que en menor proporción, los anestésicos administrados en zonas lejanas como es el epidural, aun que el feto beneficioso que produce la desaparición del estrés materno por el dolor compensa ampliamente el primer efecto. los barbitúricos disminuyen el consumo de energía por el cerebro, y esto provoca que disminuyan en el los efectos nocivos de la hipoxia.

Por otra parte algunos betabloqueadores dados a la madre, pueden limitar las posibilidades de adaptación fetal.

Hay que tener en cuenta que en muchos casos de sufrimiento fetal agudo, hay una suma de causas y no una sola, así cuando existe una insuficiencia placentaria, la instauración de la dinámica uterina normal puede originar sufrimiento fetal y sobre todo, si la dinámica es anormal (polisistolia o hipertonia).

## **SINTOMATOLOGÍA**

- a) Alteraciones de la FCF basal (taquicardia, bradicardia).
- b) Disminución de la variabilidad normal de la línea de base (inferior a 5 latidos/minuto).
- c) Aparición de las desaceleraciones tardías o variables.<sup>26</sup>
- d) Presencia de meconio en el líquido amniótico, excepto en las presentaciones pélvicas, puede ser otro signo de sufrimiento fetal, pero puede no estar presente aun cuando el feto este sufriendo.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> González Merlos. Del Sol J.R.(T) "Obstetricia", 4ª Edición Ediciones científicas y técnicas, S.A. Masson Salvat - Medicina Barcelona 1993, pag. 702.

<sup>27</sup> Instituto Nacional de Perinatología "Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología", México, D.F., 1998, pag. 157.

## DIAGNOSTICO

La aparición de meconio que se interpreta como un signo de hipoxia fetal y los cambios en la frecuencia cardíaca fetal.

## TRATAMIENTO

El mejor tratamiento en el sufrimiento fetal lo constituye la identificación precoz del factor etiológico así como la instalación de medidas correctoras para cada caso en particular.

En forma general, las medidas específicas están encaminadas hacia los parámetros siguientes:

- Efecto esperado: aumentar el flujo sanguíneo uterino.

### Acciones:

- a) Evitar el decúbito dorsal por la compresión que el útero produce sobre los grandes vasos.
- b) Corregir la hipotensión arterial ya sea supina o bien secundaria a fármacos utilizados durante el parto o a la analgesia.
- c) Diminuir la actividad uterina.

Efecto esperado: eliminar la compresión del cordón umbilical.

- d) cambio de la posición materno a decúbito lateral izquierdo y semifowler.
- e) Posición de trendelenburg en caso de prosidencia de cordón.
- f) Rechazar la presentación fetal.

Efecto. disminuir la actividad uterina.

- g) Administración materna de oxígeno por catéter nasal de 2 a 3 litros por minuto.<sup>28</sup>

Si se diagnostica un sufrimiento fetal que no sea evitable, y el feto esta suficientemente maduro, tendrá que realizarse una cesárea electiva.

---

<sup>28</sup> Ibid. "Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología", pag. 158

Si el feto no está maduro, habrá que valorar que riesgo es mayor; si esperar 48 horas para esperar el efecto del tratamiento con corticoides, o si extraer ya al feto.

Por último vale la pena recordar que uno de los objetivos de la perinatología es ofrecer calidad y no cantidad de vida, por lo que no se debe pasar por alto una atención oportuna, adecuada y racional del sufrimiento fetal agudo, así como de el neonato expuesto a hipoxia perinatal.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Ibid "Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología", pag. 159

## **II. METODOLOGIA**

Para desarrollar el siguiente caso clínico se utilizó el Proceso Atención de Enfermería (PAE) implicando sus respectivas etapas.

## **III. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

### **3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Se trata de adulta joven de nombre Octaviana Diego Otero (O.D.O) de 24 años de edad, sexo femenino, casada secundigesta, embarazo de 40 SDG por FUM y 42 SDG por ultrasonido nacida y residente en domicilio conocido San Francisco Mpio. de Alfajayucan, de religión católica, su ocupación es dedicada al hogar, ingresa el 29 de Agosto a las 8:30 hrs. con la necesidad de dolor tipo obstétrico, sueño y descanso secundario a trabajo de parto estacionario, con necesidad de hidratación secundaria a salida de líquido amniótico causado por ruptura de membranas de 17 hrs. de evolución y presencia de meconio (T) secundario a sufrimiento fetal agudo, cursando con la necesidad de higiene secundario a la salida de líquido amniótico y meconio, presentando también la necesidad de evitar peligros asociada a muerte fetal o caída de la paciente por movimientos bruscos, de oxigenación por la taquipnea que presenta la paciente, necesidad de comunicación asociada a la angustia y miedo, con la necesidad de aprendizaje asociado a todo el proceso patológico.

#### **A) LA VALORACIÓN**

Es el primer paso del proceso atención de enfermería considerándose la más importante ya que se lleva a cabo la recopilación de datos necesarios. Para comprender los problemas y posteriormente decisiones sobre el plan de cuidados, este plan se realizó con información obtenida por diferentes fuentes siendo la

fuerza principal la propia paciente, quien aportó datos para formular una historia clínica y un diagnóstico de enfermería y detectar los problemas que aquejan al paciente y para esto se propone el siguiente formato.

## HOJA DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

### 3.2 VALORACIÓN

Fecha de ingreso 29.08 Hora 8:30 Acompañante esposo

Ingreso domicilio particular        Otra institución IMSS SOLIDARIDAD Urgencias       

Forma de llegada:

Ambulancia IMSS SOLIDARIDAD Deambulando        Vehículo particular       

**A). DX DE INGRESO.** Emb. 40 S. D. G. con sufrimiento fetal agudos

Inicio del padecimiento actual

28-08-00 13:00 hrs.

**I. Patrón de Mantenimiento de la Salud.**

A)

TRATAMIENTO	PRESCRITO	AUTOMEDICACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA
GDA5%1000P/8 Ampicilina 1gr. I. V. C/6 hrs.				

B) TOXICOMANIA

	FECHA DE INICIO	FRECUENCIA	FECHA TERMINO
TABACO ALCOHOL DROGAS OTROS ESPECIFICAR	<b>INTERROGADOS Y NEGADOS</b>		

C) ALERGIAS

Medicamentos NO Alimentos                      Otros                     

D) INMUNIZACIONES

Toxoide tetanico EN DOS OCASIONES Otros                     

E) CONTROL PRENATAL

1er Trim                      2º Trim                      8-9 S.D.G.                      3er Trim                     

Última visita al médico.                     

Hospitalizaciones Fecha NO Razón NO Duración NO

Dx. NO

F) ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

SI NO

DIABETES

CARDIOPATIAS

OTROS

INTERROGADOS Y NEGADOS

G) CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO

Dependiente NO Con ayuda de otro NO Independiente SI

II. Nutrición

A) Ingesta de alimentos en la últimas 24 horas.

Desayuno: Galletas Marías, café, huevo y tortillas de maíz.

Comida: Sopa de pasta, pollo, frijoles, tortillas y agua simple.

Cena: Café con leche, pan y recalentado de lo que quedo de la comida.

Peso antes del embarazo: LO IGNORA

Peso durante el embarazo 67 KILOS (29-08-00)

Peso adecuado \_\_\_\_\_ Talla 1,50

### III. Eliminación

#### a) Hábitos intestinales

Constipación SI SOLO EN EMBARAZO Diarrea NO Normal NO

#### b) Hábitos Vesicales

Normal NO Disuria NO Poliuria SI Nicturia NO

### IV. Patrón de actividad ejercicio

a) A que hora se levanta 6:00 a que hora se duerme 10:00

### V. Patrón de reposo y sueño

a) Cuantas horas duerme 8 toma siestas durante el día NO

Sufre insomnio NO

### VI. Patrón cognitivo perceptual

a) Visión: Normal SI Afectada NO Derecho NO

Izquierdo NO Invidente \_\_\_\_\_

b) Audición normal SI afectada derecho NO

izquierdo NO Prótesis auditiva NO

c) Dolor NO Tipo NO Localización NO

**VII. Patrón de autopercepción y autoconcepto**

a) Actitud: Indiferente NO Cooperador SI Irritable EN OCASIONES

b) Nivel socioeconómico

Medio NO Bajo SI Pobreza extrema NO

**VIII. Patrón del rol - relaciones.**

No. que ocupa en la familia. 4ª

Ocupación HOGAR No. de personas que integran su familia 10

Adaptación al medio social y hospitalario

**IX. Patrón de sexualidad y reproducción**

Menarca 16 años

Menstruación: Ritmo 30X4 Cantidad 2 Apósito/Día 2

Con dolor  Describelo DISMENORREA TIPO COLICO NO  
INCAPACITANTE

FUM 25 NOV 00 VSA 16 AÑOS

GESTA 2 PARA 1 A 0 C 0 FUP 7 AÑOS

Anticoncepción DIU  Describelo RETIRADO  
HACE 7 AÑOS

**X. Patrón de afrontamiento tolerancia al estrés**

Estrés por la hospitalización SI SI NO NO

Estrés por la enfermedad. SI SI NO NO

### 1. EXPLORACIÓN FÍSICA OBJETIVA

Edad 24 AÑOS Peso 57 KILOS Talla 1.50 Peso ideal \_\_\_\_\_  
Pulso 84X' Regular 51 Irregular \_\_\_\_\_ Débil \_\_\_\_\_  
T. A. 110/80 M. T. DERECHO Posición DECUBITO DORSAL  
Temperatura 37.8°c °C Sitio AXILAR  
Respiración 34 Profunda NO Superficial SI  
Constitución: Obesa NO Delgada NO Normal SI

### 2. CARDIOPULMONAR.

Frecuencia respiratoria 34  
Respiración: Regular SI Irregular NO  
Presencia de disnea NO Irregular NO  
Taquipnea SI Ortopnea NO Tos NO  
Bradipnea NO Presencia de varices NO  
Sitio NINGUNO Soplos cardiacos NO

### 3. METABOLICO TEGUMENTARIO

Piel normal SI Pálida LIGERAMENTE Cianótica NO  
Ictericia NO Temperatura NO Normal \_\_\_\_\_  
Caliente SI Fría NO Rubicunda NO  
Integridad de la piel: Integra SI Úlceras: NO  
Ressequedad NO Edema + NO ++ NO +++ NO  
Boca:  
Dentadura: \_\_\_\_\_ Completa SI Caries NO Prótesis NO  
Abdomen:  
Ruidos peristálticos Presentes SI Ausentes NO  
Forma \_\_\_\_\_ Volumen GLOBOSO Dolor SI Tipo OBSTETRICO

#### 4. NEUROSENSORIAL

Nivel de conciencia: Edo. de pupilas isocóricas SI

Normo reflecticas SI

Capacidad motora. Movilidad y sensibilidad de las 4 extremidades ES NORMAL

#### 5. MUSCULO ESQUELETICO

Equilibrio                      Marcha                      Fuerza Ms supr. BUENA

Fuerza Ms. Is: Derecho BUENA Izquierdo BUENA

#### XI. Patrón de valores y creencias

Religión: CATOLICA Restricción NINGUNA

#### B) EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Previa a la recopilación de datos se establecieron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente utilizando el esquema de taxonomías de la NANDA que se componen de la siguiente manera:

ETIQUETA DIAGNOSTICA	DEFINICIÓN	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS CONTRIBUYENTES
-------------------------	------------	---------------------------------	--

#### C) PLANEACIÓN

Una vez identificadas las necesidades se comenzó a trabajar desarrollando un plan para ayudar a la paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo o mejorando en las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos de enfermería, analiza los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia, deben clasificarse en un orden de prioridad.

Que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

#### **D) EJECUCIÓN**

La enfermera realiza las intervenciones identificadas en el plan de atención.

La fase de realización o ejecución consiste en varias actividades:

Validación, escritura del plan, suministro y documentación de la atención y continuación de la colecta de datos\*.

Las intervenciones de enfermería trazan la forma en que la enfermera puede contribuir a que el cliente logre los objetivos.

Para la realización de estas acciones se utilizó el siguiente formato.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACIÓN

#### **E) EVALUACIÓN**

Esta etapa del proceso atención de enfermería (PAE) se desarrollo evaluando al conjunto de intervenciones de enfermería al finalizar cada necesidad.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> MR y ELLEN MURRAY, pag. 59

### **3.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

#### **1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.**

**DEFINICIÓN.** Es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.<sup>31</sup>

**DX. DE ENFERMERÍA**

**OXIGENACIÓN.** Patrón respiratorio ineficaz asociado a útero.

**GESTANTE** con sufrimiento fetal agudo y manifestado por taquipnea angustia y temor.

#### **2. NECESIDAD DE HIDRATACIÓN.**

**DEFINICIÓN.** Beber y comer es la necesidad de todo organismo, de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.<sup>32</sup>

**DX ENFERMERÍA.**

Déficit de volumen de líquidos asociado a el ayuno prolongado y pérdida de líquido amniótico, manifestado por resequeadad de mucosas orales y disminución de orina horaria.

#### **3. NECESIDAD DE HIPERTERMIA.**

**DEFINICIÓN.** Estado en el que un individuo tiene o está en riesgo de tener una elevación mantenida en la temperatura corporal debido a factores externos por encima de 37.8°C tomada en la boca o 38.8°C tomada en el recto.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> RIOPELLE LISE. Inf M. N. Grondin, Inf. M. ed. Phaneuf Margot, Inf. M. A. (education) "Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona", Editorial Interamericana Madrid España, 1993 Pag. 7

<sup>32</sup> Ibid Iopelle, Grondin Phaneuf pag. 14

<sup>33</sup> Carpenito Linda Juan R. N., M.S. N. "Manual de diagnostico de enfermería 5ª edición en Español editorial Mc Graw Hill Interamericana Madrid 1995 página 144

#### **Dx DE ENFERMERÍA.**

Patrón de intercambio asociado a proceso infeccioso manifestado por temperatura de 37.8°C, y mucosas orales secas.

#### **4. NECESIDAD DE HIGIENE**

**DEFINICIÓN.** Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad de que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.<sup>34</sup>

#### **Dx DE ENFERMERÍA.**

Déficit de autocuidado asociado al bajo nivel cultural y manifestado por las deficientes condiciones higiénicas en las que se encuentra.

#### **5. NECESIDAD DE PROTECCIÓN Y EVITAR PELIGROS.**

**DEFINICIÓN.** El estado en el que el individuo experimenta una disminución en la capacidad de protegerse a si mismo de amenazas internas o externas tales como enfermedad o lesión.<sup>35</sup>

#### **Dx DE ENFERMERÍA.**

Protección y evitar peligros → alteración de la protección asociado a la incapacidad para resolver el problema que enfrenta manifestado por miedo e inseguridad.

#### **6. NECESIDAD DE SEGURIDAD → AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFECTIVO.**

**DEFINICIÓN.** Estado en el que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar una incapacidad para controlar los factores de estrés internos o ambientales por carecer de los recursos.<sup>36</sup>

<sup>34</sup> Op. cit. Riopelle, Grondin y Phaneuf, pag. 41

<sup>35</sup> Op. cit. Carpenito pag. 69

<sup>36</sup> Ibid Carpenito pag. 10

## **Dx DE ENFERMERIA.**

Afrontamiento individual inefectivo asociado por sufrimiento fetal agudo manifestado por miedo, inseguridad, angustia, inquietud, y ver salida de meconio franco.

## **7. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.**

**DEFINICIÓN.** Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.<sup>37</sup>

## **Dx DE ENFERMERIA.**

Deterioro de la comunicación verbal asociada a la restricción de visitas de familiares manifestado por miedo angustia y soledad.

## **8. NECESIDAD DE APRENDIZAJE ———> DEFICIT DE CONOCIMIENTOS**

**DEFINICIÓN.** Estado en el que un individuo o grupo experimenta una deficiencia en el área cognoscitiva o en las habilidades psicomotoras con respecto a su estado o tratamiento.<sup>38</sup>

## **Dx DE ENFERMERIA.**

Aprendizaje déficit de conocimientos relacionados con el sufrimiento fetal agudo asociado a la falta de información manifestado por angustia, inquietud y miedo.

## **9. NECESIDAD DE DOLOR ———> PATRON DE SENTIMIENTOS Y SENSACIONES**

**DEFINICIÓN.** Alteración del bienestar estado en el que el individuo experimenta una sensación incomoda como respuesta a un estímulo nocivo.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Op. cit. Riopelle, Grondin y Phaneuf pag. 49

<sup>38</sup> Op. cit. Carpenito pag. 234

<sup>39</sup> Ibid Carpenito pag 71

**Dx DE ENFERMERÍA.**

Patrón de sentimientos y sensaciones alteración del bienestar relacionado con las contracciones del trabajo de parto manifestado por inquietud.

**10. NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO ALTERACIÓN DEL PATRON DEL SUEÑO.**

**DEFINICIÓN.** Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.<sup>40</sup>

**Dx DE ENFERMERIA.**

Necesidad de sueño. Alteración del patrón del sueño y descanso asociado a trabajo de parto estacionario manifestado por cansancio, fatiga e irritabilidad.

---

<sup>40</sup> Op. cit. Riopelle, Grondin y Phaneuf, pag. 29

### 3.4 PLANEACIÓN

NECESIDADES DETECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVO
• HIDRATACIÓN	• OXIGENACIÓN	- MANTENER NIVELES NORMALES DE OXIGENO EN LA PACIENTE
• OXIGENACIÓN	• HIDRATACIÓN	- MANTENER HIDRATADA A LA PACIENTE
• HIPERTERMIA	• HIPERTERMIA	- MANTENER LA TEMPERATURA EN GRADOS NORMALES
• HIGIENE INADECUADA	• HIGIENE	- MANTENER EN BUENAS CONDICIONES HIGIENICAS A LA PACIENTE.
• PROTECCIÓN	• PROTECCIÓN Y EVITAR PELIGROS	- ASEGURAR A LA PÁCIENTE DE CAUSAS EXTERNAS DE ENFERMEDAD (ACCIDENTES)
• DOLOR	• SEGURIDAD	- PROPORCIONAR BIENESTAR A LA PACIENTE
• COMUNICACIÓN	• COMUNICACIÓN	- PROPORCIONAR LA OPORTUNIDAD DE EXPRESAR EN TODO MOMENTO SUS SENTIMIENTOS
• EVITAR PELIGROS	• APRENDIZAJE	- OFRECER EXPLICACIONES CLARAS, SIMPLES Y BREVES <sup>41</sup>
• SUEÑO	• DOLOR	- PROPORCIONAR COMODIDAD DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS
	• SUEÑO	- MANTENER UN AMBIENTE AGRADABLE A LA PACIENTE <sup>42</sup>

<sup>41</sup> Arlene Brurroughs, Med. R. N. traducción: Berenice del C. Rodríguez G. UNAM "Enfermería Materno Infantil", 7ª edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana México 1999 pag. 137

<sup>42</sup> Ibid Arlene Burroughs pag. 81

### 3.5 EJECUCIÓN

#### 1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Dx de enfermería. Patrón respiratorio ineficaz asociado a útero gestante con sufrimiento fetal agudo manifestado por taquipnea, angustia y temor.

OBJETIVO. Proporcionar un aporte de oxígeno adecuado a las necesidades de la madre y su producto.

Intervenciones de Enfermería	Justificaciones
Iniciar las acciones siguientes: 1. Administrar O <sub>2</sub> a la madre 3 Lts. Por minuto, según orden médica. (por mascarilla)	La administración de O <sub>2</sub> puede aumentar la cantidad de oxígeno disponible para su transporte hasta el feto. Se utiliza una mascarilla debido a que la mujer en trabajo de parto tiende a respirar a través de la boca. <sup>43</sup>
2. Colocar a la madre en posición de decúbito lateral izquierdo	Aumentar el flujo sanguíneo uterino. Los cambios en la posición de la madre pueden reducir la compresión de la vena cava materna y el cordón, facilitando de esta manera el intercambio de oxígeno
3. Informar a la madre sobre el estado del feto, explicar el plan del tratamiento. Proporcionando información precisa	La angustia disminuye cuando se informa sobre los hechos

<sup>43</sup> Olds RNC, MS, Sally B. London, RNC, MSN, NNP, María L. Ladewig, PhD, RNC, Na Patricia "Enfermería Materno Infantil" 4ª edición Editorial Interamericana pag. 723

## 2. NECESIDAD HIDRATACIÓN (BEBER Y COMER)

**DX DE ENFERMERIA.** Déficit de volumen de líquidos asociados a el ayuno prolongado y pérdida de líquido amniótico manifestado por resequead de mucosas orales, disminución de orina horaria.

**OBJETIVO.** Mantener a la paciente hidratada

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION
- Ministración de sol. isotónicas desde su ingreso, expulsión y hasta su recuperación	- El equilibrio osmótico de los líquidos corporales puede alterarse cuando se administran soluciones por vía intravenosa, a menos que las soluciones sean isotónicas, o que se administren lentamente de manera que se permita el restablecimiento del equilibrio
- Vigilancia de líquidos egresados e ingresados.	- Cuando disminuye la cantidad de líquido extracelular este liq. Se torna hiperosmolar o hipertónico y sale agua de las células hacia el líquido extracelular lo que produce deshidratación. <sup>44</sup>
- Cambio de ropa de cama	- La detección temprana de cambios asegura que se proporcione un tratamiento pronto a las complicaciones lo que infunde confianza en la paciente por los cuidados que esta recibiendo.
- Toma de signos vitales sobre todo T/A	- Un cambio en los S/V alerta sobre posibles complicaciones y valida los valores normales <sup>45</sup> El volumen del liq. Extracelular incluyendo el volumen sanguíneo, influye sobre la tensión arterial, la cual es controlada, en parte por los riñones. <sup>46</sup>
- Mantener vía periférica permeable	- Confirma la facilidad de acceso I. V. que permita mantener el equilibrio hidroelectrolítico de forma inmediata.
- Cuidados preoperatorios	- Proporcionar cuidados que permitan asegurar al máximo las condiciones hemodinámicas de la paciente evitando complicaciones en el periodo trans y post operatorias. <sup>47</sup>

**EVALUACIÓN.** La paciente mejoro su estado de hidratación y a su vez se sintió mejor y permaneció cooperando durante su manejo.

<sup>44</sup> Normark/Rohweder "Bases científicas de la enfermería" 2ª ed. Reimpresión 1996 Edit. Manual moderno pag. 190

<sup>45</sup> Op.cit.Arlene Burroughs pag. 220

<sup>46</sup> Op cit. Normark/Rohweder pag. 34

<sup>47</sup> Op cit Arlene Burroughs pag, 222

### 3. NECESIDAD DE HIPERTERMIA

Dx DE ENFERMERIA. Asociada a proceso infeccioso manifestado por temperatura de 37.8°C mucosas orales secas.

OBJETIVO. Disminuir la fiebre, asegurando el bienestar de la paciente para disminuir la ansiedad y reducir los escalofríos.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION
- Airear el entorno	- El calor que se desprende de la superficie corporal por convección depende de la superficie cutánea expuesta a las corrientes de aire. <sup>48</sup>
- Mantener a la persona c/poca ropa.	- El calor que se desprende de la superficie corporal por irradiación y conducción varía según el grado de aislamiento del cuerpo (ejemplo la ropa).
- Aplicación de sacos de hielo en la cabeza	- Los mecanismos fisiológicos que regulan la temperatura están controlados por el centro regulador de la temperatura que se encuentra en el hipotálamo. <sup>49</sup>
- Reposo absoluto	- El ejercicio aumenta la producción de calor.
- Cambios de ropa de cama y de paciente	- Para facilitar la evaporación
- Tomar y registrar temperatura	- La función de la célula del organismo se altera cuando la temperatura es menor de 34-4°C o mayor de 40°C. <sup>50</sup>
- Explicarle a la paciente que la fiebre bajara con las medidas aplicadas	- Para lograr una mayor cooperación en la paciente

EVALUACION. Se logro controlar la temperatura

<sup>48</sup> Op cit Normark/Rohweder pag. 293

<sup>49</sup> Ibid Normark/Rohweder pag. 294

<sup>50</sup> Ibid Normark/Rohweder pag. 291

#### 4. NECESIDAD DE HIGIENE

Dx DE ENFERMERIA. Déficit de autocuidado asociado al bajo nivel cultural y manifestado por las deficientes condiciones higiénicas en las que se encuentra.

OBJETIVO. Mantener una buena higiene (piel, boca, uñas, cabellos, dientes, etc).

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIONES
- Realizar baño de esponja	- La piel sana e intacta A) Previene la pérdida de agua y desempeña papel importante en la regulación de la temperatura. B) El baño diario inhibe el crecimiento de los microorganismos. <sup>51</sup>
- Cepillado de dientes	- Mantener una higiene bucal y de dientes disminuye la proliferación de bacterias, porque los microorganismos se proliferan en el espacio interungual
- Corte de uñas	- La detección temprana de cambios asegura que se proporcione un tratamiento pronto a las complicaciones lo que infunde confianza en la paciente por los cuidados que esta recibiendo.
- Valorar el dolor conforme sea necesario llevar a efecto las medidas de bienestar necesarias (limpiando el área del perineo) y cambio de ropa de cama y bata por la salida de liq. Amniótico y meconio.	- Prevenir la caries o la pérdida de piezas dentales por una mala higiene. <sup>52</sup>
- Orientación dental sobre examen periódico.	

EVALUACION. Se logro satisfacer esta necesidad ya que se logro mantener a la paciente limpia y seca durante el tiempo corto que permaneció en labor ya que paso de inmediato a el servicio de quirófano.

<sup>51</sup> Ibid Normark/Rohweder pag. 512

<sup>52</sup> Op. cit. Arlene Burroughs pag. 200

## 5. NECESIDAD DE PROTECCIÓN Y EVITAR PELIGROS

Dx DE ENFERMERIA. Protección y evitar peligro. Alteración de la protección asociado a la incapacidad para resolver el problema que enfrente manifestado por miedo e inseguridad.

OBJETIVO. Asegurar un entorno sano y seguro para disminuir la ansiedad y el estrés.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIONES
<p>1. Ayudar a la paciente a reducir sus ansiedades.</p> <p>A. Tranquilizarle y conseguir que este cómodo.</p> <p>B. Transmitir una sensación de comprensión y empatía.</p> <p>C. Animar a la paciente a expresar cualquier temor o preocupación referente a su tratamiento.</p> <p>D. Identificar y apoyar los mecanismos de afrontamiento que sean eficaces.</p>	<p>1. Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje. El paciente puede presentar síntomas debidos a un aumento de la tensión muscular y alteración del patrón del sueño. La ansiedad tiende a autoalimentarse atrapando a la paciente en una espiral de mayor ansiedad, tensión y dolor psíquico y físico.</p>
<p>2. Proporcionar a la paciente información valida tranquilizadora y reforzar un comportamiento de afrontamiento positivo.</p>	<p>2. Alabar a la paciente por un afrontamiento eficaz puede reforzar futuras respuestas de afrontamiento positivas.</p>
<p>3. Animar a la paciente a usar técnicas de relajación como concentración mental dirigida y respiración relajante.</p>	<p>3. Las técnicas de relajación aumentan la sensación de control del paciente sobre su respuesta orgánica ante el estrés.</p>
<p>4. Animar a la paciente a expresar sus temores y preocupaciones al personal.</p>	<p>4. La expresión verbal permite que se comparta proporcionando a la enfermera la oportunidad de corregir los conceptos equivocados.<sup>53</sup></p>
<p>5. Colocar en posición que favorezca su bienestar decúbito lateral izquierdo</p>	<p>5. Esta posición permite un máximo de riego sanguíneo placentario.<sup>54</sup></p>

EVALUACIÓN. La paciente sigue las recomendaciones de la enfermera y lleva a cabo en forma correcta las actividades que se le indican relativas al sufrimiento fetal agudo.<sup>55</sup>

<sup>53</sup> Carpenito Linda Juall "Planes de cuidados y documentación en enfermería" Nueva York Editorial Mc Graw Hill Interamericana año 1994 p. 65

<sup>54</sup> Op. cit. Arlene Burroughs pag. 223

<sup>55</sup> Op cit. Olds London Ladewig pag. 456

## 6. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dx DE ENFERMERIA. Afrontamiento individual inefectivo asociado por sufrimiento fetal agudo manifestado por miedo, inseguridad, angustia, inquietud y ver salida de meconio franco.

OBJETIVO. Explicar el procedimiento y su justificación a la madre.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIONES
- Manejar camilla con barandales.	- Para evitar causas externas de enfermedad
- Vigilancia y observación con el tococardiografo	- Detectar datos de policistolia.
- Vigilar FCF frecuentemente c/15 minutos.	- Detectar oportunamente sufrimiento fetal crónico y otras complicaciones como osito.
- Vigilar constantemente a la paciente por mov. en las contracciones	- Para evitar accidentes y control de trabajo de parto <sup>56</sup>

### EVALUACIÓN.

La paciente se relaja y se encuentra tranquila y coopera a el tratamiento.

<sup>56</sup> Ibid Olds London Ladewig pag 465

## 7. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Dx DE ENFERMERIA. Alteración del patrón de sentimientos y sensaciones asociado a trabajo de parto y presencia de meconio manifestado por irritabilidad.

OBJETIVO. Asegurar un entorno sano y seguro para disminuir la ansiedad y el estrés.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ayudar al paciente a reducir su ansiedad.</li><li>a) Tranquilizarle y conseguir que este cómodo.</li><li>b) Transmitir una sensación de comprensión y empatía.</li><li>c) Animar al paciente a expresar cualquier temor referente a su tratamiento.</li><li>d) Identificar y apoyar los mecanismos de afrontamiento que sean eficaces.</li><li>2. Enseñar técnicas de relajación</li><li>3. Dejar que la paciente exprese sus sentimientos</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje.</li><li>- El paciente puede presentar síntomas debidos a un aumento de la tensión muscular y alteración del patrón de sueño. La ansiedad tiende a autoalimentarse atrapando al paciente en una espiral de mayor ansiedad, tensión y dolor psíquico y físico.</li><li>- Algunos temores se basan en información incorrecta, pudiendo mitigarse mediante una información correcta. Un paciente con ansiedad intensa o pánico no retiene información.<sup>57</sup></li></ul>

### EVALUACIÓN.

La paciente disminuye su ansiedad coopera al tratamiento y expresa sus sentimientos.

<sup>57</sup> Op cit. Carpenito Lynda Juall, "Planes de cuidados y documentación en enf. pag 66

## 8. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Dx DE ENFERMERIA. Déficit de conocimientos relacionados con el sufrimiento fetal agudo manifestado por angustia, inquietud y miedo.

OBJETIVO. Proporcionar a la paciente conocimientos sobre sufrimiento fetal agudo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIONES
<p>1. Orientar sobre sufrimiento fetal agudo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Salida de meconio</li><li>- Salida de liq. Amniótico</li><li>- Salida de sangre</li></ul> <p>2. Orientar sobre el trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tipo de contracciones</li><li>- Tipo de dolor</li><li>- Movimientos del bebe</li><li>- Orientar sobre la vigilancia FCF</li><li>- Si aumenta o disminuye que nos avise la paciente.</li><li>- Orientar sobre la salida de liq. Amniótico si aumenta que nos reporte</li></ul> <p>3. Orientar sobre el proceso de cesárea</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Que tiempo dura</li><li>- Tamaño de la herida</li><li>- Que tiempo tarda en recuperarse</li><li>- Evaluar en busca de preocupaciones o preguntas adicionales.</li></ul>	<p>- La paciente quizá tenga déficit de conocimientos acerca de sufrimiento fetal agudo o conceptos erróneos que agraven su ansiedad y temores respecto de este procedimiento.</p> <p>- La atención que se brinda recientemente a este problema ofrece buenas perspectivas tanto para la paciente como para su producto. Es importante que la paciente comprenda las consecuencias y las variaciones en la gravedad del problema.</p> <p>- Es factible que surjan nuevas inquietudes y preguntas conforme se explica el procedimiento.<sup>58</sup></p>

### EVALUACION.

La paciente puede describir con sus propias palabras el sufrimiento fetal agudo y sus consecuencias además entiende la importancia de llevar a cabo las medidas indicadas mientras pasa a quirófano.<sup>59</sup>

<sup>58</sup> Op. cit. Olds London Ladewig pag. 392

<sup>59</sup> Op cit. Arlene Burroughs pag. 385

## 9. NECESIDAD DE DOLOR.

Dx DE ENFERMERIA. Dolor patrón de sentimientos y sensaciones alteración del bienestar relacionado con las contracciones del trabajo de parto manifestado con inquietud.

OBJETIVO. Proporcionar alivio al dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIONES
Promover la comodidad a través de: 1. Mantener en reposo absoluto. 2. Proporcionar apoyo emocional 3. Uso de medidas de apoyo, como masajes en la espalda, técnica de relajación a través de técnicas de respiración.	La comodidad es esencial para permitir que la mujer funcione en forma optima en sus actividades. Proporciona a la paciente un sentido de control y confianza en si misma. El control del dolor asegura la cooperación continua de la madre y éxito durante el procedimiento. <sup>60</sup>

## EVALUACIÓN

La mujer refiere mayor tolerancia al dolor durante las contracciones.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> Op cit. Arlene Burroughs pag 193

<sup>61</sup> Op cit. Olds, London, Ladewig pag. 210

## 10. NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO

Dx DE ENFERMERIA. Necesidad de sueño y descanso alteración del patrón del sueño y descanso asociado a trabajo de parto estacionario manifestado por cansancio, fatiga e irritabilidad.

OBJETIVO. Proporcionar un ambiente tranquilo utilizando medidas para su comodidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIONES
- Colocar a la paciente decúbito lateral izquierdo.	- Esta posición permite un máximo de riego sanguíneo placentario.
- Permitir al cliente expresar sus sentimientos y emociones.	- Proporciona a la paciente un sentido de control y confianza en si misma. <sup>63</sup>
- Enseñarle técnicas de relajación	- Disminuye su ansiedad.
- Procurar un entorno adecuado colocación de cama confortable y de barandales.	- Evitar causas externas de enfermedad
- Explicarle las dimensiones de la camilla	- Prevenirla para tomar precaución sobre cualquier movimiento.
- Posición decúbito lateral izquierdo <sup>62</sup>	- Esta posición permite un máximo de riego sanguíneo placentario. <sup>64</sup>

EVALUACIÓN. La paciente logra disminuir su angustia y logra descansar por lapsos cortos y por lo tanto el producto modifica su actividad.

<sup>62</sup> Op cit. Riopelle, Grondin, Paneuf, pag 185

<sup>63</sup> Op cit. Burroughs Arlene pag, 193

<sup>64</sup> Ibid Burroughs Arlene pag. 223

### **3.6 EVALUACIÓN**

Cabe señalar que todas las evaluaciones del plan de cuidados se llevaron a cabo al final de cada necesidad, las cuales fueron cubiertas gracias a las intervenciones de enfermería, salvo la de protección y evitar peligros porque el R/N desde que nació al ser valorado fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

#### IV. CONCLUSIONES

Durante la realización de este trabajo me di cuenta que el proceso atención de enfermería (PAE), método sistemático con el que cuenta la enfermera para poder atender a los pacientes, se hace necesario que el profesional de enfermería este en constante preparación tomando en cuenta las importantes bases para el avance de la enfermería, pues es importante permanecer con un espíritu con tendencia renovadora que reaccione contra lo tradicional, que nos permita una capacidad innovadora para poder competir.

Ya que es lastimoso observar que tras los años de labor asistencial sin tener ese habito de estudiar y consultar libros, revistas, artículos, etc. se torna difícil retomar esta tarea.

Dado a que en la institución donde me encuentro laborando siendo un hospital de segundo nivel, no cuenta con los recursos humanos necesarios para que a cada paciente se le aplique el (PAE) y tampoco la institución cuenta con un modelo de atención por este motivo llega el momento en que la enfermera se vuelve apática por lo que es importante estimular a la enfermera de ser posible desde el comienzo de su profesión con el fin de alcanzar el nivel de otras profesiones.

Por tal motivo aprovecho el momento para exhortar a todas las enfermeras a romper con el paradigma de la falta de compañerismo, falta de trabajo en equipo, de la poca colaboración y así podamos en un futuro ejercer la profesión en cualquiera de los niveles de atención gozando de un ambiente agradable y que sobre todo lo proyectemos hacia los individuos que por azares del destino requieren de nuestros servicios, sin olvidar que también nosotros o uno de nuestros seres queridos en algún momento dado podemos estar en el mismo escenario; es importante recordar que brindar atención con amabilidad no representa ningún costo para nuestro presupuesto, ni para el Hospital, sin embargo deja beneficios tanto para la institución como para el paciente y por lo

consiguiente deja una gran satisfacción personal para el profesional de enfermería.

Otros de los factores que influyen para no aplicar el proceso atención de enfermería (PAE) son las cargas de trabajo y la falta de personal.

Con lo que respecta a la paciente fue intervenida quirúrgicamente (cesárea) sin presentar complicaciones en el trans y post operatorio posteriormente paso a piso donde permaneció durante dos días mostrando franca evolución hacia la mejoría, posteriormente dada de alta por mejoría con indicaciones para manejo de herida quirúrgica en casa y lactancia materna ya que tenía que acudir a alimentar a su bebe pues el no fue dado de alta al mismo tiempo que la mamá.

Tesis PERLA

**IMPRESORES**



*A sus órdenes:*

---

REP. DE CUBA No. 99-5  
COL. CENTRO HISTORICO  
TEL. 521-36-55

## GLOSARIO

**ANALIZAR.** Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar donde podrían situarse en la (imagen completa).

**APRENDIZAJE.** Adquisición de un comportamiento nuevo relativo a las actitudes, a los valores y a los interiores.

**BRADICARDIA.** Lentitud anormal del pulso.

**COMPETENCIA.** Cualidad de poseer los conocimientos y habilidad necesarias para llevar a cabo una acción. Cuidados de calidad. Servicios del cuidado de la salud del cliente que aumentan la posibilidad de lograr los resultados deseados y reducen la probabilidad de resultados indeseables.

**CONDUCCIÓN.** Pérdida de calor por contacto directo del cuerpo con objetos fríos (sacos de hielo, baños fríos).

**CONVENCIÓN.** Pérdida de calor por circulación de aire alrededor del cuerpo (abanicos, vientos fríos).

**DESCANSO.** Estado de tranquilidad, relajación caracterizado por un descenso de tensión emotiva.

**DIAGNOSTICO.** segunda etapa del proceso de enfermería durante la cual se analizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado d salud (recursos y problemas de salud reales y potenciales).

**EMBARAZO.** Estado fisiológico normal en la mujer.

**ESPACIO INTERVELLOSO.** Lagos sanguíneos que forman parte de la placenta donde se llevan a cabo los intercambios nutritivos y respiratorios entre el feto y la madre.

**EFICIENCIA.** Cualidad de ser capaz de producir el efecto de forma segura con los mínimos riesgos, gastos y esfuerzos innecesarios.

**EMPATIA.** Comprensión de los sentimientos o percepciones de otro, pero si compartir los mismos sentimientos o puntos de vista (comparece con simpatía).

**EVALUACIÓN.** Quinta etapa del proceso de enfermería durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos. Se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el proceso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según este indicado.

**FETO.** Nombre que recibe el producto de la concepción a partir del 3er mes o cuando supera los 500 grs, de peso.

**FIBROSIS.** Proceso caracterizado por la proliferación de las fibras colagenas y disminución de las fibras elásticas del tejido conjuntivo.

**FANERAS.** Pelos, cabellos, uñas y dientes.

**HABITO.** Patrón de conducta que se establece por repetición continua y por lo tanto generalmente se hace con facilidad, incluso sin pensar.

**HEMOLISIS.** Desintegración de los hematies o disolución de los corpúsculos sanguíneos con liberación de hemoglobina.

**HIPERTENSIÓN.** Aumento de la presión vascular o sanguínea.

**HIPERTONIA.** Tono o tensión exagerados, especialmente tono muscular, espasticidad, rigidez.

**INTERVENCIÓN.** acción realizada para prevenir, curar o controlar un problema de salud (P. ej. hacer un cambio postural cada 2 hrs. es una intervención para prevenir la solución de continuidad de la piel).

**MECONIO.** Materia pardoverdosa viscosa compuesta de moco, bilis y restos epiteliales que evacua el intestino del recién nacido: se llama así por su parecido con el sumo concreto de adormideras.

**MEDIO AMBIENTE.** Conjunto de condiciones naturales y culturales susceptibles de actuar sobre los organismos vivos y las actividades humanas.

**NECESIDAD.** Requerimiento de una persona que, cuando se satisface, alivia o reduce el sufrimiento o promueve una sensación de adecuación y bienestar.

**PLACENTA.** Organó redondeado, plano, blando y esponjoso de grosor y tamaño variables situado en el interior del útero durante el embarazo y que sirve para el intercambio nutritivo entre la madre y el feto.

**PLACENTA PREVIA.** La que se inserta en un segmento tan bajo del útero que en el momento del parto sale previamente al feto.

**PENSAMIENTO CRÍTICO.** Pensamiento cuidadoso, intencionado, dirigido al logro de un objetivo, que se usa para valorar las situaciones más complicadas, identificar problemas reales y potenciales, y tomar decisiones sobre un plan de actuación.

**PROCESO DE ENFERMERÍA.** Método empleado por las enfermeras para efectuar el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales. El proceso de enfermería se centra en dos tipos de problemas de salud. A) los que las enfermeras tratan independientemente, B) los que las enfermeras tratan en colaboración con los médicos.

**RADIACIÓN.** Pérdida de calor en forma de ondas electromagnéticas, cuando la temperatura del entorno es más baja que la del cuerpo (tiempo, frío, aire acondicionado).

**SUEÑOS.** Actividad psíquica durante el sueño (imágenes), etc.

**TAQUICARDIA.** Aceleración de los latidos cardiacos

**TAQUIPNEA.** Respiración acelerada, superficial.

**TAXONOMIA.** Parte de la historia natural que trata de la clasificación de los seres.

**TEGUMENTOS.** Piel y mucosas.

**VARIABILIDAD.** Disposición a variar.

**VALORACIÓN.** Primera etapa del proceso de enfermería durante la cual se reúnen y examinan los datos, en preparación para la segunda etapa: el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

- ◆ ALFARO Rosalinda - Le Feure *"Aplicación del Proceso de Enfermería"*, 3ª Edición, Editorial Mosby, Madrid, España, 1996.
- ◆ BURROUGHS, Med, R. N. Traducción Rodríguez G. Berenice del C. UNAM *"Enfermería Materno Infantil"*, 7ª Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana México, 1999.
- ◆ CARPENITO Juall Lynda, R. N., M. S. N. *"Manual de Diagnostico de Enfermería"*, 4ª Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, 1995.
- ◆ CARPENITO Juall Lynda, *"Planes de cuidados y documentación en enfermería"*. Edit. Mc Graw Hill Interamericana 1994 Nueva York.
- ◆ FERNANDEZ Ferrin Carmen, Novel Martín Gloria *"El proceso atención de Enfermería, estudio de casos"*, Marco conceptual Henderson Virginia Taxonomía Diagnostica NANDA, Ediciones Científicas, S.A. Mason Salvat - Enfermería Barcelona, 1993.
- ◆ GARCIA Pelayo Ramon y Gross Tomo 1, 2 y 3, 5ª Edición, Editorial Larousse Indiana, USA, 1992.
- ◆ GONZALEZ Merlo J. Del Sol J. R. *"Obstetricia"*, 4ª Edición, Ediciones científicas, y técnicas, S. A. Masson Salvat - Medicina Barcelona 1993
- ◆ INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, *"Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología"*. México, D.F. 1998

- ◆ KOZIER, Erb *"Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y práctica"* Tomo I, 4ª edición, Interamericana Mc Graw Hill, España 1993.
- ◆ DR. MASCARO José Ma. y Porcar *"Diccionario Médico"*, 9ª Edición, Editorial Salvat Barcelona 1993
- ◆ MIGUEL, Simón *"Diccionario de la Mujer"*, Editorial Secretaria de Salud 1999
- ◆ MONDRAGON Castro Hector *"Ginecología Básica Ilustrada"*, 4ª Edición, Editorial Trillas, México 1993 Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- ◆ MURRAY Mary Ellen, Ph DI., M. S. N. 5ª Edición Atkinson Leslie D. R. N., M. S. N. *"Proceso de atención de enfermería"*, Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- ◆ NORDMARK/Rohweder *"Bases científicas de la enfermería"* 2ª Edición, Editorial Manual Moderno 1996 Washington, E. U. A.
- ◆ OLDS London Ladewing 4ª Edición *"Enfermería Materno Infantil"*, México, D.F. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1995
- ◆ RIOPELLE, Lise, Inf. M. N. Grondin Louise, Inf, M. Ed. Phaneuf Margot, Inf. M. A. (Education) *"Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona"* 1993 España
- ◆ ROSALES Barrera *"Fundamentos de Enfermería"*; Tomo I, 2ª Edición, Editorial Manual Moderno, México D.F. Sta Fe de Bogotá, 1999 pag. 27