



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
A UNA PACIENTE EMBARAZADA ADULTA MADURA CON
ALTERACION PSICOSOCIAL Y RIESGO POTENCIAL DE
TOXEMIA GRAVE"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**
P R E S E N T A :
RICARDA DEL ANGEL GREER

No. DE CUENTA: 400107699


DIRECTORA DEL TRABAJO:
M.C.E. ARACELI JIMENEZ MENDOZA



MEXICO, 2004

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS PADRE Y A DIOS HIJO

Por iluminarme en el camino designado y por darme entereza para cumplir la misión para la que fui elegida, ser enfermera.

A mis queridos e inolvidables Padres.

Por darme un ejemplo de vida.

A mis adorados hijos.

Por ser el impulso de fortaleza para derribar obstáculos, logrando mi realización de la difícil tarea de ser madre y profesionista.

A mis queridos hermanos

Por ser ejemplo de cariño, unión y comprensión.

A mis maestros

Por su dedicación y comprensión durante el proceso de enseñanza.

Ricarda del Angel Greer

ÍNDICE	Pgs.
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.-JUSTIFICACIÓN.....	6
3.-OBJETIVO GENERAL.....	7
3.1.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
4.-METODOLOGÍA DEL TRABAJO.....	8
5.-MARCO TEÓRICO.....	10
5.1.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	10
5.2.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	15
5.3.- EMBARAZO. CONCEPTO.....	32
5.3.1.- CAMBIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS DEL EMBARAZO.....	32
5.3.2.- ASPECTOS EMOCIONALES DE LA EMBARAZADA.....	40
5.3.3.- INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DURANTE EL EMBARAZO.....	42
5.4.- MOTIVACIÓN Y AUTOESTIMA.....	44
5.5.-TOXEMIA GRAVE.....	47
6.-APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	56
6.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	56
6.2. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.....	57
6.4.- JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.....	60
6.5.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	61
7.- PRESENTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	63
8.- PLAN DE SEGUIMIENTO EN EL HOGAR.....	79
9.-CONCLUSIONES.....	84
10.- SUGERENCIAS.....	85
GLOSARIO.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	90
ANEXOS.....	92

1.-INTRODUCCIÓN

El presente trabajo esta estructurado bajo la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades que engloba dimensiones biopsicosociales, psicológicas y Sociológicas.

El tema principal es la atención a una paciente adulta madura de 32 años, sin pareja, que cursa un embarazo de 28 semanas y que por su calidad de madre soltera y la educación tradicional y restrictiva que recibió en su niñez la sumergen en una situación en donde es presa fácil de subestimarse y devaluarse por no cumplir lo que tradicionalmente está estipulado, tener pareja y cumplir con el requisito del matrimonio. Aunado a esa educación tradicional la inequidad entre el hombre y la mujer aún presente en algunas partes de la sociedad trae como consecuencia que esta mujer no se sienta tratada como persona.

Este trabajo esta justificado por la importancia que representa la poca atención que se les brinda a las pacientes con alteraciones psicosociales y embarazadas; sin tratar de involucramos más allá del aspecto físico.

El Proceso atención de enfermería fue realizado siguiendo el modelo de las 5 etapas. Este proceso fue enfocado desde una dimensión biopsicosocial, pues en esta dimensión están involucradas las necesidades de la paciente atendida.

El trabajo está dividido en 14 apartados pequeños.

En el primer apartado menciona la Introducción y es del que estamos comentando y que menciona toda la estructura del trabajo.

El apartado dos nos hace referencia sobre la justificación que nos aclara el motivo de la realización de este trabajo y la intención con el que fue realizado.

En el apartado tres refiere los objetivos que se quieren lograr con la implementación del Proceso de atención de Enfermería aplicado a una paciente con alteraciones biopsicosociales y con riesgo potencial de toxemia grave. Así como los objetivos específicos para lograr el objetivo general.

El apartado cuatro nos especifica la metodología o la forma en que se llevo a cabo todos y cada uno de los elementos que integra el proceso de atención de enfermería, en que consiste y las técnicas empleadas para llevarlo a cabo.

El quinto apartado trata sobre el marco teórico o sea la fundamentación teórica y científica y en el que se basan las acciones de Enfermería para lograr satisfacer las necesidades de la paciente y en el que trata del modelo de Virginia Henderson, su teoría, sus conceptos teóricos, sus definiciones, sus afirmaciones teóricas y su método lógico de razonamiento. En este apartado también trata sobre la metodología del Proceso atención de Enfermería. De igual manera contempla el concepto de embarazo y los cambios significativos fisiológicos de la mujer, que pueden repercutir en la evolución del embarazo. Así como aspectos emocionales de la embarazada. Otro marco referencial es la autoestima y motivación que es en donde se refleja mayor repercusión y detección de necesidades en la madre soltera.

Nos describe también en este apartado del marco teórico, la toxemia grave como un factor de riesgo potencial en la mujer si esta no realiza autocuidado de forma conciente y efectiva.

El siguiente apartado o seis, se expone la aplicación del proceso de atención de enfermería presentando el caso clínico o sea una breve presentación de la paciente así como se fue realizando la valoración inicial para la detección de las necesidades, también el análisis de los datos obtenidos al examinar a nuestra paciente. El siguiente punto de este apartado trata sobre la jerarquización de las necesidades de la paciente para así poderle dar los cuidados a las necesidades de mayor a menor importancia. Seguido a este trataremos sobre los diagnósticos de enfermería de las necesidades detectadas, apoyados en los diagnósticos de la NANDA.

Seguido del apartado siete que es la presentación del plan de atención con la planificación de los cuidados para la atención de las necesidades primordiales de la paciente, con sus componentes como son de acuerdo a la necesidad determinada, su diagnóstico establecido, el objetivo planeado, las acciones de enfermería ya sean independientes o dependientes de acuerdo al equipo necesario e involucrado para su atención, y los resultados esperados con los objetivos planteados y acciones realizadas.

En el apartado ocho se habla sobre el plan de seguimiento en el hogar, que contemplan las necesidades a cubrir en el hogar determinando las actividades dependientes e independientes para propiciar en la paciente seguridad, confianza y libertad al participar en su autocuidado hasta el término de su embarazo, parto y puerperio.

En el apartado nueve se trata de las conclusiones o sea un análisis de resultados y consecuencias en el uso y aplicación del Proceso de atención de Enfermería. A la vez se realiza una evaluación global y personal del impacto y resultados del uso y aplicación del proceso de atención de Enfermería.

El apartado diez refiere las sugerencias o insinuaciones que con este trabajo o con una implementación a este, se puede lograr.

El apartado once trata del glosario o sean los términos usados y poco comunes durante el desarrollo del proceso y que ubique un poco más al lector sobre el tema tratado.

El apartado doce hace mención de las referencias bibliográficas o sea las fuentes de información consultadas que sirvieron de base para la elaboración del marco teórico y que lo avala.

En el apartado trece contempla los anexos, en el se encuentra: la ficha de la paciente que sirvió para valoración inicial, esquemas que sustentan un poco más al marco teórico, y un esquema de la historia clínica de Enfermería.

La realización de este Proceso de Atención de Enfermería se llevo a cabo con mucho ánimo y deseo de atender, de apoyar y ayudar a la paciente, requirió tiempo empleado y esfuerzo aplicado pero creo se logro el objetivo primordial de devolverle a la paciente la credibilidad del servicio de atención a la salud así como y sobre todo lograr devolverle la confianza y el valor que como persona tenemos todos los seres humanos.

2.-JUSTIFICACIÓN

El uso y generalización del proceso Enfermero ubica a la Licenciada en Enfermería y Obstetricia no como simple cuidadora de la persona enferma o sana sino como investigadora de salud al organizar y planear de manera sistemática los cuidados requeridos por el ser humano, cubriendo sus necesidades de manera integral. Recordando lo mencionado por Virginia Henderson "el equilibrio fisiológico de toda persona es inseparable del equilibrio emocional". Resultando esta atención de una manera holística.

En el presente trabajo se implementa un Proceso atención de Enfermería para que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia brinde tratamiento asistencial a la mujer con alteraciones psicosociales y con riesgo potencial de toxemia grave. Además el tema seleccionado es importante ya que estas alteraciones son una de las causas principales de morbi mortalidad en la mujer en edad reproductiva y su trascendencia es enorme ya que puede causar desenlace fatal o dejar ala persona con secuelas neurológicas severas y que como núcleo de familia afecta a la dinámica familiar de manera directa.

Sin olvidar ni por un momento que en la interacción enfermera-paciente está inmersa que la noción de humanidad se ha asociado con la Enfermería por implicar a un ser humano ayudando a otro ser humano.

Desde el punto de vista fisiológico se ha observado que los conflictos psicológicos entre el deber ser y ser de nuestra sociedad que se generan por el embarazo en una madre soltera al no encajar en esta, por su condición, trae como consecuencia, alteraciones de que se harán mención en este trabajo.

Además la implementación de este proceso, da a la Enfermería, la oportunidad de ejercer la carrera científicamente, pues no olvidemos que la base primordial del Proceso Enfermero es el método científico, y al realizar la observación e investigación de datos básicos con fundamentación científica para implementar el plan de cuidados para la persona sana o enferma, nos ubica como verdaderas profesionales de la salud.

La Licenciada en Enfermería y obstetricia tiene la oportunidad al ser con la paciente **sustituto, ayuda y / o compañera**"y estar en la piel de la paciente, para saber lo que necesita". Como Virginia Henderson lo mencionó.

Deseo que este trabajo sea de marco de referencia para futuras acciones de enfermería y enfatizar que todo esfuerzo aplicado no resulta en vano cuando se obtienen los resultados esperados.

3.-OBJETIVO GENERAL

- Brindar atención de Enfermería Profesional a una paciente con trastornos psicosociales y riesgo potencial de Toxemia grave, planeada, organizada y con calidad, utilizando el Proceso Enfermero de acuerdo con los conceptos, definiciones y supuestos Teóricos de Virginia Henderson.

3.1.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer una sistematización de la atención de Enfermería en una paciente con alteraciones psicosociales y toxemia grave.
- Determinar necesidades objetivas y subjetivas en la paciente presentada.
- Identificar problemas reales y de riesgo para la paciente con alteraciones biopsicosociales.
- Establecer prioridades de atención para la paciente.
- Determinar intervenciones de enfermería para la solución de necesidades reales y de riesgo.
- Determinar la eficacia de las intervenciones de Enfermería con calidad en relación a logros de objetivos planeados.

4.-METODOLOGÍA DE TRABAJO.

La paciente seleccionada, fue una paciente con embarazo de 32 semanas de gestación de 32 años, atendida en el servicio de Consulta externa, en atención prenatal en turno vespertino del Hospital de la Mujer, de la Secretaria de los Servicios de Salud.

El presente trabajo se realizó durante Octubre, Noviembre y Diciembre 2003, seleccionando a la paciente con alteraciones psicosociales y Toxemia gravídica y por la relevancia y trascendencia tanto social como familiar que estas implican. Posteriormente llevando a cabo una investigación bibliográfica del tema seleccionado y los rubros contemplados en un Proceso de atención de Enfermería y siguiendo el modelo de Virginia Henderson, para la detección de necesidades de la paciente tratada.

Para reunir la información recurrí a la fuente directa con una entrevista formal como lo con la paciente, e indirecta que fue su papá y su hermana, así como también la documentación ya recabada de la paciente en la Institución Hospitalaria como la Historia clínica médica, el expediente clínico, estudio socioeconómico en Trabajo Social.

Primera Entrevista Formal.- Saludando a mi paciente, y explicándole el motivo de mi interés y solicitándole autorización y en forma verbal su consentimiento para realizarle una exploración completa. Así como, expresándole la importancia de seguirla tratando e interrogando a ella y a los demás miembros de su familia, tanto en el medio hospitalario como en su domicilio, lo cual acepto.

El Proceso de atención de enfermería seleccionado consta de 5 etapas: que son: etapa de Valoración. Etapa de diagnóstico. Etapa de planificación. Etapa de ejecución y etapa de evaluación.

Utilizando la **Observación** como técnica empleada para iniciar la **VALORACIÓN**, en donde me percate de sus actitudes y aptitudes y la deficiente comunicación que tuvo la paciente con su entorno.

EXPLORACIÓN CEFALOCAUDAL de mi paciente acostada y cómoda, que me pudo dar información sobre aspectos anatomofisiológicos. Y así detecté: por **Palpación**: superficial y profunda: la forma de su cabeza, implantación de su pelo, textura de su piel y humedad. La implantación de sus orejas, estado de conductos auditivos y agudeza auditiva normales. En cara pude con observación armada, la nariz con coloración de las mucosas pálidas y con buena hidratación. En ojos, mucosa con coloración pálidas e hidratadas. En boca presencia de caries en 2° molar izquierdo. Ligera halitosis. Lengua ligeramente saburral. Al explorar cuello con piel semihidratada, presencia normal de pulso carotídeo. Miembros superiores con aumento de tejido celular en la región deltoidea y sin datos agregados patología. A través de la **Auscultación** armada de tensión arterial donde registro 140 / 90 en posición acostada. En tórax, mamas aumentadas de tamaño, simétricas, presencia de calostro en ambas mamas, pezón plano. Ala **auscultación** ruidos cardiacos

normales y ruidos respiratorios con jadeo a 28 X'. Campos pulmonares despejados.¹

En abdomen a la palpación por maniobras de Leopold, detecte abdomen globoso con fondo uterino a 28 cm del pubis, foco fetal detectados con estetoscopio de Pinar, lo ausculte en cuadrante inferior derecho con 42 latidos por minuto, rítmicos y fuertes. Palpe presentación cefálica libre a estrecho superior. En abdomen alto, ausculte presencia de ruidos intestinales normales. Y a la **percusión** de zona hepática con sonidos mate, normales de esta zona. La paciente presenta contracciones de Braxton Hicks ala palpación. En genitales, observé ligero flujo vaginal cristalino, no fétido. Miembro inferior izquierdo con presencia de varices y con reflejos normales en ambas piernas.

Una vez recolectados estos datos de la paciente, los plasme en una historia clínica lo que me facilito una positiva relación Enfermera-paciente, observar su conducta y estado de salud de la paciente. Comentándole mi interés de seguirla tratando y el motivo personal para hacerlo, en donde ella acepto para realizar una segunda entrevista formal en su casa, dándome su dirección, el día y la hora factible para realizarla.

La segunda entrevista formal, realizada en el domicilio particular de la paciente en donde tuve a oportunidad de conocer a su papá y a su hermana de 14 años. Y en donde de la misma manera explique el motivo de mi visita, presentándome con ellos. Aunque por lo que me comento su papá, la paciente ya le había comentado de la visita que les realizaría. Al principios se observaban muy tímidos y desconfiados pero Trate infundirles confianza con frases adicionales y técnicas no verbales de la entrevista), a medida que transcurrió la entrevista fueron observándose más participativos y relajados. Y sorprendidos de solicitarles su participación en cada fase de mi proceso, enterándolos de la importancia de su participación para la atención de Ana, la paciente, Aplique un cuestionario en donde se contemplan las 14 necesidades de Virginia Henderson. Continúe realizando el proceso de atención:

FASE DE DIAGNOSTICO.- Con definición de problemas reales y potenciales de la paciente a partir de la información en la valoración de la primera y segunda entrevista formal se realizaron los diagnósticos de las necesidades detectadas en la paciente basados y con el formato de LA North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y el formato PES (problema, etiología constantes vitales y síntomas).

FASE DE PLANIFICACIÓN.- En esta fase, se plantean los objetivos, se determinan los diagnósticos, se jerarquizan necesidades en orden de importancia, se toman decisiones para cada necesidad detectada. Se establecen intervenciones de Enfermería, y se elabora el Plan de Cuidados a seguir.

FASE DE EJECUCIÓN.- En esta fase es cuando se puso en marcha el plan de cuidados elaborado, implicando la continuación de recogida y valoración de datos, así como de continuar la valoración de la paciente, realización de las actividades de enfermería y se mantuvo el plan de cuidados actualizado.

FASE DE EVALUACIÓN.- En esta fase se definió, comparo y valoro los distintos aspectos del estado de salud de la paciente con los resultados

¹ Murray- Atkinson Proceso de Atención de Enfermería p.1-33

esperados. Se emitieron juicios sobre las acciones, trabajo, situaciones, criterios de eficacia y efectividad de las actuaciones.²

5.- MARCO TEÓRICO

5.1.-MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de Enfermería. Sus referencias en estos campos proceden de su relación con Stackpole y Tomdike durante sus estudios de graduación en el Teacher's College. Stackpole basaba su curso de fisiología en el dictamen de Claude Bernard de que la salud depende de que la célula está rodeada de linfa. A partir de esto, Henderson supone que una definición de Enfermería debería llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico. También mejora su apreciación de la medicina psicosomática y sus implicaciones en Enfermería. Henderson afirma "era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares.

Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Tomdike, tan solo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos. Se observa una correlación entre las necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de Enfermería de Henderson comenzando por las necesidades fisiológicas hasta los componentes psicosociales.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

ENFERMERÍA.- La función principal de una Enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la recuperación de su salud y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario o a una muerte tranquila. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

SALUD.- Henderson considera a la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de Enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma es la reserva de energía mental y física que le permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

ENTORNO.- Henderson lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

PERSONA (paciente).- Considera al paciente como a un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.³

NECESIDADES.- No se encuentra una definición específica de necesidad. Pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de Enfermería. Las necesidades identificadas por Virginia Henderson son:

² UNAM Material didáctico Seminario Taller Proceso de Enfermería p.67

³ Ann Murriner Teorías y modelos en enfermería p.102-103

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Eliminar los residuos corporales
- 4.- Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales.
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9.- Evitar los riesgos del entorno.
- 10.- Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- 12.- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.- Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos disponibles.⁴

Actualmente estas necesidades se conocen y se manejan de la siguiente manera:

- 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 peligro
- 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.⁵

SUPUESTOS PRINCIPALES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales.- Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

ENFERMERÍA

- La Enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La Enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- La Enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico del servicio. Henderson subrayaba que la Enfermera, como la comadrona, puede actuar independientemente y

⁴ Idem p.50

⁵FERNÁNDEZ Ferrín / Novel, El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. P104-105

debe hacerlo así, si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La Enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.

- La Enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
- La Enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes de la asistencia de Enfermería abarcan todas las funciones posibles de la Enfermería.
- PERSONA (paciente). La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.⁶
- El paciente y su familia forman una unidad.
- Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de Enfermería.

SALUD

- La salud representa calidad de vida.
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

ENTORNO

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- La Enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- Las Enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las Enfermeras como base para prescripción de dispositivos protectores.
- Las Enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enfermera-paciente.

Se puede identificar tres niveles en la relación enfermera- paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- 1.- La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
- 2.- La enfermera como ayuda para el paciente y
- 3.- La enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, íntegro o independiente por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento. Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera es de forma temporal, la conciencia de la inconciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción

⁶ Idem p.104-105

para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el micrófono para los demasiado débiles o introvertidos para hablar.

Durante la convalecencia la enfermera ayuda al paciente a adquirir o a recuperar su independencia; Henderson afirma, la independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una independencia sana, no por una independencia enferma.⁷

Como compañeros la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural, y la capacidad física e intelectual.

La Enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que la alteran. Henderson dice que la enfermera debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita. Las necesidades deben comprobarse con el paciente.

La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario. Henderson opina que en los casos en que las enfermeras conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y humedad, luz y calor, presión atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, puede organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que dispone.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra con la mayor normalidad posible. La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera. Henderson afirma que se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que los necesitan.

METODOLÓGICO.

Parece Que Henderson ha utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de Enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica. Mucho de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de la investigación de los científicos de otros campos.

CONSECUENCIA

La perspectiva de Henderson ha resultado útil para promover nuevas ideas y para el desarrollo conceptual adicional de las nuevas teorías. En sus numerosas obras publicadas a discutido la importancia de la independencia y la interdependencia de la Enfermería con respecto a las demás ramas de la asistencia sanitaria. También ha influido en el desarrollo de los planes de estudios, realizando una gran contribución a la promoción de la importancia de la investigación en el ámbito clínico de la enfermería.

Desde que se ha difundido la definición de Henderson sobre la función única de la enfermería ha actuado como uno de los principales escalones en la aparición de la enfermería como disciplina científica profesional.

⁷ Ibidem p. 106

Henderson continua siendo citada en la literatura habitual de Enfermería y en las publicaciones de todos los campos, desde la enfermería holística al proceso de Enfermería.⁸

ENFERMERÍA

En 1990 la American Nurses Association (ANA) que es la organización profesional que reúne a todas las enfermeras de Estados Unidos, desarrollo una definición básica vigente que describe los alcances de la práctica de esta actividad. Y la define así;

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

La Enfermería es la principal responsable de diagnosticar y tratar la respuesta o reacción de un paciente. La enfermera atiende algunos aspectos del tratamiento médico, como cuando administra un medicamento o tratamiento prescrito al paciente, pero el punto central de la enfermería es la respuesta individual a los problemas relacionados con la salud.

⁸ Idem p.111

5.2.-PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

CONCEPTO

- Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centren en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones reales y potenciales de salud.

El proceso de atención de Enfermería consiste en pensar como Enfermera, Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión, que con los años ha cambiado y evolucionado y por ende, adquirido mayor claridad y comprensión.

Otro autor nos comenta también que

- Es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería.

OBJETIVOS

- Identificar los problemas reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas. Prevenir o curar la enfermedad.

VENTAJAS.

Para el personal de Enfermería.

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo

Los buenos planes de cuidados pueden ahorrar tiempo, energía y la frustración generada por el manejo a base de ensayo y error por parte de enfermeras cuyos esfuerzos son incordiándose. La coordinación del cuidado de enfermería de un paciente a través de un plan de atención incrementa en gran medida las oportunidades de una resolución exitosa de los problemas de salud. Las enfermeras adquieren un sentimiento de logro y orgullo profesional cuando se alcanzan los objetivos establecidos.⁹

- Crecimiento profesional

Los planes de cuidados dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia. Al colaborar con colegas en la formulación de un plan de atención de Enfermería, las habilidades clínicas de una enfermera inexperta aumentan. Luego en el proceso de evaluación, la enfermera recibe la retroalimentación necesaria para definir cuan eficaz resultó el plan a efecto de resolver los problemas del paciente. Si el plan tuvo éxito usara un plan similar en el futuro. Si falló, posibles razones de los resultados puede explorar no deseados con el paciente, otros miembros del equipo, o con otra enfermera especializada

Para el Paciente¹⁰

- Participación en su propio cuidado.

⁹ Murray Proceso de atención de Enfermería p.1-4

¹⁰ Op cit P.67

Si los pacientes formulan sus propios planes de atención con la enfermera, adquieren conciencia de su autocapacidad para resolver problemas. Cuando participan activamente en su cuidado, es más probable que se comprometan en el logro de los objetivos de sus planes de atención y por tanto obtengan una mejor salud.

➤ Continuidad en la atención.

La frustración del enfermo por tener que repetir la misma información a cada enfermera se reduce de manera muy palpable. No es necesario que el paciente comunique a cada una de ellas las inquietudes, preocupaciones y problemas para asegurar que lo atiendan como desea. El plan de cuidado proporciona esta información.

➤ Mejor calidad de la atención.

El empleo del proceso de atención de enfermería da por resultado una evaluación completa del paciente en el momento del ingreso. Los problemas son identificados en este momento por una enfermera, quien entonces desarrolla un plan de atención nutricional con el enfermo. Este plan diseñado por la profesionista más familiarizada con esa persona, sirve como guía para otras enfermeras, a fin de proporcionar un cuidado de 24 horas. La revisión y evaluación continuas aseguran un nivel de atención que satisfará de la mejor manera las necesidades cambiantes del individuo. Esta valoración es parte clave del proceso de atención de enfermería y un plan escrito para el paciente.¹¹

CARACTERÍSTICAS:

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

ETAPAS

- Valoración.-Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia, y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. ¿Qué lo trae al hospital? Déjeme inspeccionarlo, describa.
- Diagnóstico de Enfermería.-Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. ¿Cuál es el problema? ¿Cuál es la causa? ¿Cómo lo sé?

¹¹ Idem p.5-6

- Planificación.- Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregirlos problemas Así como para promocionar la salud. ¿Qué puedo hacer? ¿Qué es lo más importante?¹²
- Ejecución.- Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Ponerse en acción. Ejecutar el plan.
- Evaluación.- Comparar las respuestas de la persona, determinar si sean conseguido los objetivos establecidos. ¿Funcionó? ¿Por qué sí? o ¿Por qué no?

FASE DE VALORACIÓN.

Se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudar a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Es primordial seguir un orden cefalocaudal, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

Otro criterio que se puede seguir es por sistemas y aparatos: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

También existe el criterio de valoración por patrones funcionales de salud: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo y la familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situaciones de riesgo con respecto al estado de salud.

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

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

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

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (Anatomía, Fisiología, etc.) y básico (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales relación con otras personas)
- Convicciones (ideas, creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido Común.
- Flexibilidad.¹³

¹² Idem p.68

¹³ Idem. 70

Dato.- es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

-Datos subjetivos.- no se puede medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

- Datos objetivos.- Se puede medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- Datos históricos. Antecedentes.- so aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo (hospitalizaciones previas).

-Datos actuales.- son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A.- La entrevista:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el, mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevistas. Esta puede ser formal e informal.

La entrevista formal.-consiste en una comunicación con un propósito específico en la cual la enfermera realiza la historia del paciente

La entrevista informal.- es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Finalidades de la entrevista:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

- Facilitar la relación enfermera/ paciente.

- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y el planteamiento de sus objetivos.

- Ayudar a la enfermera a determinar cuales áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes:

1.- iniciación.- Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

2.- Cuerpo.- la finalidad de la conversación. En esta parte se centra la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.¹⁴

Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

¹⁴ Ibidem p.72

Cierre.- Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

-Un ámbito interpersonal, en el que dos personas o más individuos se ponen en contacto y se comunican.

- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles, sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Tipos de interferencias:

- Interferencias Cognitivas.- Consiste en el que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

- Interferencia Emocional.- Es frecuente, consiste en una reacción emocional, adversa del paciente del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor, malestar. Por parte del profesional, agresividad excesiva, valoración de sí mismo. Excesiva proyección sobre los pacientes incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borell (1986).

- Interferencia Social.- En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio.-Permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

- La reflexión o reformulación.- consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite conformar y profundizar en la información.

- Las frases adicionales.- estimulan la comunicación del proceso verbal de la entrevista.

- Las técnicas no verbales.- facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.

Cualidades del entrevistador:

- Empatía.- (Cibanal 1991) , nos dice que es la "capacidad de comprender o percibir correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor". Pero Borrell(1991) dice "no basta en comprender al cliente si no es capaz de transmitirle esa comprensión". La empatía consta de dos momentos uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente y otro en el que le da a entender que la comprende.

- Calidez.- Es la proximidad efectiva entre el paciente y el entrevistador, se expresa solo a nivel no verbal.

- Respeto.- es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar,

sus valores ideológicos y éticos. Implica el aprecio de la dignidad, el valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción.- Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

B.- La Observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados.

C.- La Exploración Física:

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

Exploración física.- Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad. Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: Inspección, Palpación, Percusión y auscultación.

Inspección.- Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o repuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.)

Palpación.- Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial nos ayudarán en la valoración.

- **Percusión.-** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates, aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros, aparecen cuando percutimos pulmones normales o llenos de aire. Timpánicos.- al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación.-** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón, e intestinos. También se puede escuchar, ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.¹⁵

Una vez descritas las técnicas de exploración física, pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico. Desde la cabeza a los pies, por sistemas/ aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

¹⁵ Op cit p. 74

- Desde la cabeza los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o Aparatos: nos ayudan a especificar que sistemas necesitan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permiten la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizamos.

Validación de los datos: Significa que la información reunida es verdadera, basada en hechos.

Son datos verdaderos aquellos que son susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, Talla, etc.

Los datos observados, no medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

D.- Organización de datos

Se trata de **agrupar la información**, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas. El modo más habitual de organizar es por necesidades humanas (Maslow 19729) o por patrones funcionales (Gordon 1987). La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información, eligiendo la que se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesario hoy en día son:

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

La valoración mediante patrones funcionales se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades. Antes al contrario se complementan.

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

Documentación y registro de la valoración: Segundo Componente de la etapa de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con normas de calidad establecidas.¹⁶ Permite una evaluación para la

¹⁶ Ibidem p. 75

gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación de enfermería.
- Permite la información pregrado y postgrado.

Las normas que Iyer (1989) establece Para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar(entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como "normal" , "regular", etc.

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

FASE DE DIAGNÓSTICO

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

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones: dependientes, interdependientes, e independientes, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que compartirán a un campo u otro de actuación.

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye a aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.¹⁷

La dimensión interdependiente de la enfermera se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud, para un tratamiento conjunto definitivo.

La dimensión independiente es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere supervisión

¹⁷ Ibidem p. 77

y dirección de otros profesionales. Como los son los diagnósticos de enfermería.

Los pasos de esta fase son.

1.- Identificación del problema:

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

- Síntesis es la confirmación o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

Componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica.

La Asociación Española de Enfermeras Docentes en 1993 elaboró un documento en el que especifican estos beneficios:

INVESTIGACIÓN - Para poder investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.

- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.

- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

DOCENCIA.- La inclusión de los diagnósticos de Enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículum. Permite:

-Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.

- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.¹⁸

ASISTENCIAL.-El uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.

- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.

¹⁸ Ibidem p. 78

- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas y situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter, e intradisciplinar.

GESTIÓN.- Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos. Y por tanto las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorecer la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.

Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos. Los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA , para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990, novena conferencia, aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 5 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y las diferencias de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80- 100% de los casos. Otros signos y síntomas que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.¹⁹
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo. Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir

¹⁹ Ibidem p. 80

al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo como:

- F. Fisiopatológicos (biológicos, psicológicos) shock, anorexia nerviosa.
- F. de tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

Personales como entramos en el proceso de muerte, divorcio etc.

- F. de Maduración: Paternidad, maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos: Reales, de alto riesgo, posible y de bienestar.

Diagnósticos reales.- Representa un estado que ha sido clínicamente definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciados, definiciones, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. (Gordon 1990). El término "real" no forma parte de un enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: Problema (P)+ etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Diagnósticos de alto riesgo.- es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad, son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción del estado de salud alterado de la persona va precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/ factores contribuyentes (E).

Diagnósticos Posibles.- son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/ factores contribuyentes (E).

Diagnósticos de Bienestar.- juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidades transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprende que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

Diagnósticos de Síndrome.-Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Para escribir un diagnóstico de enfermería tomar en cuenta las siguientes directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa- efecto directo.

- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sin basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería, como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

FASE DE PLANIFICACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planificación del proceso de enfermería incluye 4 etapas:

Etapas en el plan de cuidados.

1.- Establecer prioridades en los cuidados. Selección.- Todos los problemas y o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

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

-Son necesarios porque proporciona la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas ala meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

- Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.²⁰

- Es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/ o comunidad, que se establezca un compromiso forma que s e sientan implicadas ambas partes, profesional y familia / comunidad.

3.-Elaboración de las actuaciones de enfermería.- Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades,

²⁰ Op cit p.81

las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a la tareas concretas que la enfermera y / o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidades en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y debe especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo. Cómo hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

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

- Para el diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

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

4.- Documentación y registro.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES.

Es el paso de la fase de planeación en las que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados ¿Estos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdida de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista. Es obvio añadir que las situaciones de emergencia son problemas prioritarios, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir. Daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera. En realidad las actividades que la enfermera desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo esencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas. Son de gran importancia las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, siendo exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

Una vez priorizado los problemas a tratar se deben definir los objetivos que se proponen con respecto a cada problema. Teniendo en cuenta que los objetivos sirven para:

-Dirigir los cuidados.

-Identificar los resultados esperados.

-Medir la eficacia de las actuaciones.

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

Tipos de objetivos:

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

Normas para la descripción de objetivos:

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

Objetivos de Enfermería:

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

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

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades, limitaciones y recursos del individuo que se puede fomentar, disminuir/ aumentar o dirigir.

La enfermera al reconocer los puntos fuertes del paciente y sus familiares; comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad, aporta la idea de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc. esto es reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

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

- Objetivos a largo plazo.- Son el resultado que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: Uno abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro. Otro se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requieren de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del Cliente / Paciente

Se debe entender con estos objetivos que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas

detectados y responsabilidad de la enfermera. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son.

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

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

las actuaciones enfermeras son las intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyan al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermero, como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y medico. Las prescripciones enfermera son en las que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Tratan y controlan los diagnósticos enfermeros. Las prescripciones médicas son las prescritas por el médico, representan tratamiento de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

La enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicios hasta su equipamiento, también hay que tener en cuenta los recursos humanos, en la cantidad y calidad, también influyen los recursos financieros.

Tipo de actividades de Enfermería.

Dependientes.- Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

Interdependientes.- Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médico etc.

Independientes.- Son aquellas actividades de enfermería dirigidas hacia la respuesta humana que está legalmente autorizada a atender, gracias a su

formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son:

- Serán coherentes con el plan de cuidado, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basados en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud, hermenéutico, interpretativo y sociocrítico, estos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se empleará para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Áreas de aplicación de las actuaciones enfermeras.

- Promoción a la salud.
- Prevenir la salud.
- Restablecer la salud.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegada por la medicina, como es la realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.²¹

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería Integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- Para el diagnóstico enfermero real y que son: Reducir o eliminar factores contribuyentes. Promover mayor nivel de bienestar. Controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo son: Reducir o eliminar los factores de riesgo. Prevenir que se produzca el problema. Controlar el inicio del problema.
- Para el diagnóstico enfermero posible: Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar: Enseñar conductas de bienestar.
- Para problemas interdependientes: Controlar los cambios de estado del paciente. Manejar los cambios de estado de salud. Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

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

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

Las directrices para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería de los siguientes elementos:

- La fecha.

²¹ Idem P. 87

- El verbo con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificaciones de quién (sujeto).
- Descripción de qué, cuándo, cómo y cuanto.
- Las modificaciones a un tratamiento estándar.

Tipo de planes de cuidados.

- Individualizados.- Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidado y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo elaborar.
- Estandarizado.- Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales y previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Estandarizados con modificaciones.- Este tipo de plan permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizados.- Requieren las informaciones previas de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados. Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

FASE DE EJECUCIÓN.

En esta fase se pone en práctica el plan de cuidado elaborado. Implica lo siguiente.

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

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

También en esta fase se da continuidad de recogida y valoración de datos, para profundizar en la valoración de estos que quedaron sin comprender y la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación o como nuevos problemas.

FASE DE EVALUACIÓN

Esta fase es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación contiene:

- Recogida de datos sobre el estado de salud / problema, diagnóstico que se evalúa.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente y estos aspectos son:

- 1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica.
- 2.- Señales y síntomas específicos:
 - Observación directa.
 - Entrevista con el paciente.
 - Examen de la historia.
- 3.- Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente.
 - Cuestionarios (test).
- 4.- Capacidad psicomotora (habilidades).
 - Observación directa durante la realización de la actividad.
- 5.- Estado emocional.
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.²²
- 6.- Situación Espiritual (modelo holístico de la salud)
 - Entrevista Con el paciente.
 - Información dada por el resto del personal.

La valoración de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirva para plantear correcciones en las áreas de estudio.

Los resultados esperados posibles pueden ser:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantear otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

5.3.- EMBARAZO

CONCEPTO

Es un proceso fisiológico, que comprende desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos, que requiere de atención y vigilancia, para evitar riesgo y complicaciones que puedan alterar la salud y poner en riesgo la vida de la madre y / o del recién nacido. El embarazo dura alrededor de 40 semanas de gestación y para calcularlo se toma como referencia el primer día de la última menstruación²³.

5.3.1 CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DEL EMBARAZO.

Los cambios anatómicos que ocurren en la embarazada se acompañan de diversas modificaciones funcionales que abarcan todos los órganos. Estas variaciones del estado normal en el embarazo incluyen fenómenos, anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos.

²² Ibidem p 91

²³ Leonard Lowdermilk Deitra, Enfermería Matero Infantil p. 144

Cambios locales

Útero

Tamaño:

Para acomodar al feto en crecimiento, el útero ha de aumentar notablemente su tamaño y llega a tener unas cuatro veces de longitud del de la mujer no embarazadas. Sus dimensiones antes del embarazo son: longitud 6.5 cm. ancho 4cm, profundidad 2.5cm, peso 60-70 g, volumen de ≥ 10 ml. Un útero a las 40 semanas es de longitud 32 cm, ancho 24 cm, profundidad 22 cm, peso 1100-1200 g y volumen 5000 ml.

Este agrandamiento del útero no depende solamente de hipertrofia de las fibras musculares, sino también de formación de nuevas fibras (hiperplasia). Hay aumento notable de los demás tejidos del útero como son los tejidos conectivos y elásticos, para reforzar la potencia y elasticidad de las paredes y del tejido mesenquimatoso entre los haces musculares. Para nutrir estos tejidos en crecimiento al igual que al feto, deben agrandarse los vasos sanguíneos, y en el sitio de la placenta se transforman en los grandes espacios que son los senos placentarios y uterinos.²⁴

El agrandamiento del útero en los comienzos del embarazo, depende del aumento de los niveles hormonales. Después del tercer mes de gestación, cada vez es mayor el agrandamiento mecánico por el feto en crecimiento. Hasta este momento las paredes han sido gruesas, pero después se estiran y poco a poco se adelgazan y disminuyen a 0.5 cm o menos por el quinto mes.

Disposición muscular.- Están en tres estratos más o menos netos: un estrato externo, a manera de caperuza, que cubre el fondo, uno interno junto al endometrio y que forma haces circulares alrededor del punto de entrada de las trompas de Falopio y el cuello uterino. Y el último o estrato intermedio, más grueso que los anteriores, que forman masas densas de músculo con fibras que se entrelazan en forma de 8. La contracción de estas fibras producirán la constricción de los vasos sanguíneos, hecho importante.

Cambios en la forma y consistencia del útero.

Hasta la sexta semana del embarazo, el útero conserva su forma de pera y después al final del segundo mes, toma la forma de ovoide. Después del tercer mes es bastante esférico y sigue teniendo esta forma hasta la etapa media del embarazo.

Al alargarse en feto adquiere nuevamente la forma ovoide, y de nuevo adquiere la forma piriforme.

El embarazo produce notable reblandecimiento del útero, En algunos casos parece abarcar en el comienzo, solo un lado del órgano citado. Con frecuencia el istmo se toma muy blando entre la sexta y octava semana, (signo de Hegar). Por el cuarto mes el útero se palpa como un saco que contiene líquido, pero más tarde reaparece cierto grado de solidez al palpar fácilmente las partes fetales a través de la pared uterina adelgazada.

Posición del útero durante el embarazo.

Tan pronto la mujer se embaraza se intensifica la ante flexión en el útero pero no se advierte cambio importante en su sitio, esto es, un órgano desplazado hacia atrás. Hasta el cuarto mes el útero queda en la pelvis, pero a partir de

²⁴Charles E. McLennan/ C. Sandberg, Compendio de Obstetricia p.59

esta fecha asciende al abdomen y desplaza a los lados a los intestinos. Al alcanzar el punto máximo, prácticamente llega al hígado.

El útero durante el embarazo es bastante móvil hacia un lado u otro, por lo regular hacia la derecha, también normalmente se flexiona hacia la derecha, y que da en dextroversión.

Contractilidad.

En el primer trimestre, comienzan contracciones irregulares, indoloras que se vuelven frecuentes al avanzar el embarazo. En las últimas semanas son bastantes notables, por lo regular, y pueden ser tomadas erróneamente por trabajo de parto verdadero. Hay otras contracciones rítmicas de poca intensidad que pueden apreciarse en todo el embarazo sólo con aparatos manométricos adecuados, y ocurren con frecuencia notables.²⁵

Mamas.- Hacia la sexta semana y como respuesta a los niveles elevados de estrógenos y progesterona, comienza la sensación de plenitud, el aumento de la sensibilidad el prurito y la pesadez de las mamas. Estos signos se consideran sólo signos de presunción del embarazo porque hay otros factores que pueden ocasionarlos. Los pezones y las areolas se pigmentan, se desarrollan las areolas secundarias de color rosado, que se extienden más allá de las primarias y los pezones se vuelven más eréctiles. Alrededor de los peones puede observarse la hipertrofia de la glándula s cebáceas embebidas en la areola primaria, denominadas tubérculos de Montgomery. Estas glándulas pueden desempeñar un papel protector ya que mantienen lubricados los pezones para la lactancia. La protección de los pezones hay otros factores que pueden ocasionarlos. Los aceites protectores se eliminan con jabón. El rico riego sanguíneo hace que los vasos que corren por debajo por la piel se dilaten, se vuelven visibles y aparecen como una compleja piel azul bajo la piel. La congestión venosa es más ovbia en las primigrávidas. Pueden aparecer estrías en las caras laterales de las mamas. Durante el segundo y tercer trimestre las mamas crecen más por los altos niveles de hormonas luteínicas y placentarias. La lactancia está inhibida hasta que el nivel de estrógenos desciende después del nacimiento y la salida de la placenta. En las células de los acinos puede encontrarse un material secretorio delgado, claro y viscoso hacia el tercer mes del embarazo. Este precalostro se engrosa a medida que se aproxima el término y se conoce entonces como calostro. Este líquido previo a la leche es de color blanco amarillo o naranja y puede exprimirse de los pezones hacia la semana 16 del embarazo.

Vagina y vulva.

Las hormonas del embarazo preparan a la vagina para la distensión durante el parto haciendo que la mucosa vaginal se engrose, que el tejido conectivo se haga laxo, la muculatura lisa se hipertrofie y la cúpula vaginal se alargue. El aumento de la vascularización proporcione un color azul violeta a la mucosa vaginal y al cérvix. Este color profundo denominado signo de chadwick se evidencia a las ocho semanas. La leucorrea es una descarga mucoide blanca o de un color gris ligero con un olor leve almizclado. Se presenta causa del copioso fluido mucoide que se secreta como respuesta a la estimulación del útero por los niveles elevados de estrógenos y progesterona El moco llena el

²⁵ Ibidem p. 148

canal endocervical haciendo que se forme el tapón mucoso u óperculo que actúa como barrera contra la invasión bacteriana durante el embarazo. El pH cambia a 6.5 y esta elevación hace a la mujer vulnerable a las infecciones vaginales por levaduras particularmente. El aumento de la vascularización vaginal y de otras vísceras pélvicas tiene como resultado un incremento notorio en la sensibilidad y lo que puede conducir a un incremento en el apetito sexual y de la excitabilidad durante el segundo trimestre del embarazo. El aumento de la congestión junto con la relajación de las paredes de los vasos sanguíneos y el útero pesado pueden conducir a edema y dilataciones varicosas en la vulva así aumento de tamaño del perineo por aumento en la vascularización, hipertrofia del cuerpo perineal y el depósito de grasa.

Aparato cardiovascular Los ajustes maternos al embarazo comprenden cambio anatómico y fisiológico en este sistema. Dichas adaptaciones protegen el funcionamiento fisiológico normal de la mujer, satisfacen las demandas metabólicas que el embarazo impone a su organismo y crean las condiciones para el crecimiento y el desarrollo fetal.²⁶

Existe una leve hipertrofia cardíaca o dilatación, secundarias al aumento de volumen sanguíneo y del gasto cardíaco que se presentan. El corazón recupera su tamaño normal después del parto. A medida que el diafragma se desplaza hacia arriba, el corazón se eleva en la misma dirección y rota hacia delante y a la izquierda. El pulso apical, un punto de máxima intensidad se desplaza hacia arriba y hacia el lado derecho de 1-1.5 cm. El grado de desplazamiento depende de la duración del embarazo y del tamaño y posición del útero.²⁷

Hay cambios auscultatorios que acompañan a los cambios de tamaño y posición del corazón. El aumento del volumen sanguíneo y del gasto cardíaco contribuyen a los cambios auscultatorios comunes del embarazo. Existe un desdoblamiento del S1 y el S2 y después de las 20 semanas puede ser fácil oír el S3. Además sobre el área pulmonar pueden auscultarse soplos de eyección grado II. Entre las semanas 14-20 la frecuencia del pulso aumenta en 15-15 latidos por minuto y esto persiste hasta el término. También pueden presentarse palpitaciones. En los embarazos gemelares la frecuencia cardíaca materna puede incrementar más de 40% por encima de las tasas habituales de la mujer no embarazada.

El ritmo cardíaco puede presentar perturbaciones en las cuales la mujer embarazada experimenta arritmias sinusales, contracciones auriculares prematuras o extrasístoles ventriculares. En la mujer sana sin enfermedad cardíaca subyacente no se precisa tratamiento.

Es frecuente que la mujer presente trastornos con la circulación de retorno y entonces padezca insuficiencia venosa, varices y hemorroides.

Presión arterial.

En el primer trimestre la presión arterial permanece por lo general al mismo nivel que antes de la gestación. Durante el segundo trimestre ambas cifras de presión, sistólica y diastólica, disminuyen alrededor de 10 mm de Hg. Es probable que este descenso provenga de la vasodilatación periférica resultante

²⁶ Ibidem p. 149

²⁷ Ibidem p.150

de los cambios hormonales del embarazo. Durante el tercer trimestre la presión arterial materna debe regresar a los valores del primer trimestre.

Durante la segunda mitad del embarazo la vena cava está hasta cierto punto comprimida en todas las mujeres cuando yacen sobre la espalda, esto hace que algunas mujeres experimenten un descenso en su presión sistólica de más de 30 mm de Hg. Después de 5 minutos aparece una bradicardia refleja, el gasto cardíaco se reduce a la mitad y la mujer siente desfalecer. Otras mujeres pueden mostrar un aumento en la presión arterial en posición supina.

La compresión de las venas ilíacas y de la vena cava inferior por el útero causa un aumento de la presión venosa y una reducción del flujo sanguíneo en las piernas (excepto cuando la mujer se encuentra en decúbito lateral) estas alteraciones contribuyen al edema por declive, las dilataciones varicosas de las venas de los miembros inferiores y la vulva, y las hemorroides que aparecen en la última parte del embarazo a término.

Sistema respiratorio

Durante el embarazo tiene lugar adaptaciones estructurales y ventilatorias para suplir las necesidades maternas y fetales. Los requerimientos maternos de oxígeno aumentan como respuesta a la aceleración de la tasa metabólica y a la necesidad de agregar masa a los tejidos del útero y las mamas.²⁸

El feto también requiere oxígeno y una vía para eliminar el bióxido de carbono. Los niveles elevados de estrógenos hacen que los ligamentos de la parrilla costal se relajen, lo que permite un aumento de la expansión del tórax. El diámetro transversal de la caja tóraxica aumenta alrededor de 2 cm y la circunferencia a 6 cm. El ángulo costal que antes del embarazo es de alrededor de 60 grados, aumenta hasta cerca de 103 grados en el tercer trimestre, y la parrilla costal inferior parece elevarse. El tórax puede no regresar a su estado previo al embarazo después del parto.

El diafragma se desplaza hasta 4 cm durante el embarazo. A medida que la gestación avanza, la respiración tóraxica se logra en principio con el diafragma y no con los músculos intercostales. En esta etapa del embarazo las mujeres se quejan de desaliento. Puede que necesiten dormir sobre varias almohadas para sentirse cómodas.

El tracto respiratorio superior se vuelve más vascularizado como respuesta a los niveles elevados de estrógenos. A medida que los capilares se ingurgitan, se desarrollan edema e hiperemia en la nariz, laringe, faringe, la tráquea y los bronquios. Esta congestión del tejido del tracto respiratorio da lugar a varias situaciones que es común en las embarazadas, con sensación de obstrucción nasal y sinusal, epistaxis, cambios en la voz, y una notoria respuesta inflamatoria inclusive a las infecciones leves del tracto respiratorio superior.

El aumento de la vascularización también hace que la membrana timpánica y la mucosa de las trompas de Eustaquio se edematicen, y esto da lugar a una disminución de la audición, dolor de oído o una sensación de oído tapado.

Función pulmonar.- La mujer embarazada respira más profundo pues tiene un volumen corriente más alto a un 40%. (que es el volumen de gas que entra y sale del sistema respiratorio en cada respiración) pero su frecuencia aumenta en forma leve.

²⁸ Ibidem p. 151

Sistema gastrointestinal.

El funcionamiento gastrointestinal presenta características interesantes, el apetito aumenta las secreciones intestinales están reducidas, la función hepática esta alerta y la absorción de nutrientes está aumentada. Además el colón está desplazado hacia un lado, hacia arriba y hacia atrás y la actividad peristáltica disminuye con ruidos disminuidos hay estreñimiento, náuseas y el vómito son comunes. Los malestares matutinos reducen el apetito durante este periodo y ceden al final del tercer mes. Más tarde el apetito aumenta debido al incremento de las necesidades metabólicas. Las mujeres también pueden experimentar cambios en su sentido del gusto que conducen a los antojos y los cambios en los hábitos alimenticios, con deseos raros por algunos alimentos o sustancias que no tienen utilidad en la nutrición (pica).

Cambios generales del embarazo:

Ganancia de peso.

Se sabe que la cantidad de peso que la madre gana durante el embarazo tiene una influencia notoria sobre el curso y el resultado del embarazo. Aunque una ganancia adecuada no necesariamente indica que la dieta es adecuada desde el punto de vista nutricional, si reduce, el riesgo de dar a luz un producto prematuro es grande. La ganancia deseable de peso durante la gestación varía entre las Mujeres.²⁹

El factor primario que debe considerarse al hacer una recomendación sobre la ganancia de peso, es lo apropiado del peso previo al embarazo de la mujer para su talla, es decir, si el peso de la mujer era normal antes del embarazo, o si ella tenía un déficit o un exceso de peso.

En México la mujer gestante aumenta normalmente el 20% de su peso inicial de tal manera, de tal manera, que aproximadamente el peso total que aumenta en todo el embarazo, más o menos es de 10.5 a 11kg pero el aumento de peso No es estrictamente igual durante todos los meses del embarazo, ya que en el primer trimestre por la emesis gravídica y la sintomatología neurovegetativa que sufren las pacientes, la ganancia de peso es solamente una quinta parte del aumento total. En el segundo trimestre aumenta otras dos quintas partes y en el último trimestre presentara las otras dos quintas partes del aumento total. Este aumento de peso, desde luego ocasionado por la retención de agua y por aumento progresivo en el tamaño del feto y placenta, hipertrofia del útero y de las mamas, acumulación de grasas y proteínas, el aumento progresivo del líquido amniótico, la hipertrofia de diversos órganos y el aumento de volumen sanguíneo.

La obsesión por la delgadez y la dieta impiden a la s mujeres ganar peso antes del embarazo. Se debe insistir de los peligros que esto conlleva y de los efectos adversos de la desnutrición materna sobre el crecimiento y el desarrollo del bebé. Posterior al parto se podrá realizar esta dieta para poder perder peso. Incluso las mujeres obesas deben ganar al menos peso suficiente para igualar el peso de los productos de la concepción (peso, placenta y líquido amniótico). Lo ideal es que la mujer obesa pierda peso antes de embarazarse.

La ganancia de peso es importante pero el embarazo no es excusa para la indulgencia alimentaria incontrolada. El vejo dicho de que la mujer embarazada

²⁹ Ibidem p. 164

está "comiendo por dos" no debe interpretarse como que la mujer embarazada necesita incrementar en gran manera su ingesta de alimentos. En vez de esto debe poner de relieve la calidad de los alimentos que ingiere cuando se consideran sus necesidades y las de su feto.

Metabolismo:

El metabolismo basal de la mujer embarazada está aumentado, sobre todo desde el tercer mes y medio al cuarto mes de gestación, cuando se encuentran cifras de metabolismo basal de +20 a +30. Esto podría ser ocasionado por el aumento en el consumo de oxígeno en la mujer embarazada por el hiperfuncionamiento tiroideo, o ambos por mayor producción de yodo.

Por lo que toca al metabolismo proteico hay que anotar que la paciente embarazada presenta una gran retención nitrogenada y que se necesita un consumo elevado de proteínas, un aporte proteico extra, para abastecer el feto en crecimiento, a la formación de la placenta y al aumento de volumen del útero y las mamas. Y a pesar de que hay una elevación de la excreción de aminoácidos durante el embarazo, de todos modos se retiene suficiente nitrógeno para las necesidades de la madre y el feto sin embarazo y debido a la hidremia circulatoria (aumento de líquido en el compartimento intravascular) Se observa una aparente disminución en las proteínas sanguíneas. Pero a pesar de esa hidremia observada, en el embarazo existe hiperlipidemia expensa de las grasas neutras y de los ácidos grasos, acompañada de hipercolesterolemia.

En lo que se refiere a los hidratos de carbono, la mujer embarazada tiene disminuida la tolerancia a la glucosa y puede haber concentraciones sanguíneas de glucosa anormalmente altas durante la gestación. El umbral renal para la excreción de glucosa sanguínea muchas veces está disminuido, de tal manera que puede haber glucosa en orina (glucosuria) aunque la glucemia sea normal. Esta glucosuria probablemente se deba al aumento de la filtración glomerular que permita la entrada de tanta glucosa a los túbulos que no puedan reabsorberla toda. En relación a lo anterior se considera que pueda aceptarse como normales, cierta glucosuria y proteinuria siempre y cuando no sobrepasen el nivel de 1 g por litro de orina.

En el metabolismo el calcio de la mujer gestante, este elemento se almacena en los primeros meses del embarazo en sus reservorios naturales, inclusive se llegan a formar osteofitos que son depósitos de calcio en la cara interna de los huesos del cráneo y de la pelvis mayor. Pero en los últimos meses del embarazo el organismo de la mujer retiene poco calcio y se consume mucho en la osificación del esqueleto fetal. Se sabe que el cuerpo fetal a término contiene alrededor de 30 g y con esta gran demanda muchas veces se llega a la descalcificación del organismo materno sobre todo en mujeres desnutridas.

Con el hierro sucede el mismo fenómeno observado en el calcio, hay una retención importante en los primeros meses de la gestación, para ser utilizada en el último trimestre y por tanto, descienden sus niveles sanguíneos e inclusive, en ocasiones, se llega a presentar anemia por deficiencia de hierro.

Con el fósforo en cambio se observa, que hay un incremento en sus niveles y en su retención durante todo el embarazo y que este incremento es progresivo y que no desciende en los últimos meses, sino que su concentración se

mantiene y no es hasta los primeros días del puerperio, en que los niveles empiezan a disminuir.

Con el hiperfuncionamiento que presenta la tiroides durante el embarazo, existe aumento en la producción de yodo, se elevan los niveles sanguíneos del mismo, y eso explica en parte el aumento del metabolismo basal ya mencionado.

La mujer embarazada es una retencionista del agua, la que se almacena en los dos compartimentos: el intravascular y el extravascular, y esta retención de agua está directamente relacionada con el aumento de peso que gana la mujer embarazada. Cuando la retención de agua en la mujer es excesiva, se presentará un mayor aumento de peso, acompañado de edema, por retención de líquidos en el espacio extracelular. Hay que señalar que además del agua el organismo materno retiene cantidades de sodio y actualmente se considera que esta retención de sal y agua se deben a las altas concentraciones de esteroides sexuales durante el embarazo. Además de estos cambios cabe recalcar niveles ácidos y una disminución de los niveles alcalinos.³⁰

En la piel hay cierta facilidad para retener pigmentos melánicos y probablemente también haya un aumento en la hormona estimulante de la melanina y por tanto, se presenta pigmentación muy característica como el cloasma uterino o máscara del embarazo, con hiperpigmentación del dorso de la nariz, de los pómulos, de la frente, del pezón, de la areola primaria y aparición de la areola secundaria en las mamas, la hiperpigmentación de los genitales externos, de la cicatrices y de las pecas.

Además de la extrema distensión de la pared abdominal, mamas y glúteos, provocan la aparición de estrías de color rosado o rojo violeta.

El tejido celular subcutáneo por acumulación del tejido grasoso, aparentemente es más blando y con una consistencia disminuida y también hay un incremento en el desarrollo muscular de las regiones lumbar, dorsal, y además en la pared abdominal, se aprecia un estiramiento o distensión de las fibras musculares.

A nivel de articulaciones se aprecia un reblandecimiento de los ligamentos ocasionados por la hipervolemia pélvica y por la acción de una hormona llamada relaxina producida por la placenta y ovarios. Este reblandecimiento es más notorio en las articulaciones sacroiliacas y púbica lo que indudablemente favorecerá el tránsito del producto a través de la pelvis materna.

En la sangre por la hidremia circulatoria y el aumento del volumen plasmático, la sangre está más diluida y puede presentar una anemia aparente del embarazo, con disminución de los eritrocitos (de 3.5 a 4 millones por ml) disminución de la hemoglobina (de 12-13 g) y disminución del hematocrito (35-38%). Los leucocitos están aumentados (de 10 hasta 15000) con predominio de los polimorfonucleares. Esto se observa en el último trimestre del embarazo y en el parto. Otros elementos que están aumentados son las plaquetas, la protombina y el fibrinógeno.

³⁰ Ibidem p. 61-63

5.3.2.-ASPECTOS EMOCIONALES DEL EMBARAZO.

Los factores emocionales son muy importantes en el embarazo y en el puerperio. Es esencial comprender las interacciones complejas de factores psicosociales y biológicos de cada paciente en forma individual durante este periodo, en potencia, altamente estresante. Los profesionales de la salud deben abordar las inquietudes conscientes e inconscientes de la mujer con comprensión y ofrecer una guía adecuada.

La prevención de problemas y conflictos emocionales en la gestación, el trabajo de parto y el puerperio, ayudarán a establecer relaciones familiares cálidas.

Motivaciones del embarazo

La procreación es un objetivo apremiante para muchas parejas, pero no en todas.

El profesional que comprende las implicaciones emocionales de este anhelo y el significado de tener un niño estará mejor capacitado para ayudar a una pareja a planear una gestación basada en buenas razones más que en motivaciones inconscientes.

La necesidad de embarazarse puede ser muy diferente a las de continuar el embarazo o de parir o criar al niño. Los individuos o las parejas que se consideran así mismo hombres o mujeres inadecuados pueden sentirse precisados a iniciar un embarazo sólo para demostrar su validez biológica. El embarazo puede ser una defensa contra la aflicción por la pérdida de un ser querido o un símbolo de continuidad después de la muerte.³¹

La mejor motivación del embarazo es el deseo de una pareja adulta de tener y criar a un niño como extensión de su mutuo amor y encargarse de un hogar en el que puede crecer saludable hasta una edad adulta.

La gestación satisface una de las definiciones de crisis de Webster's Dictionary "un fenómeno o cambio radical emocionalmente importante en la situación de la vida de una persona". Este cambio puede ser más significativo para la mujer, aunque por supuesto también afecta al varón.

Las respuestas de los individuos a la crisis están condicionadas por las experiencias pasadas y las circunstancias en desarrollo y las actuales. Los padres tienen que revivir alguna experiencia de su niñez para resolver conflictos originados en esta etapa del desarrollo. Gran parte de esto ocurre a nivel del subconsciente y puede manifestarse como mal humor o un aire de indiferencia. Puede haber sentimientos de tristeza o depresión por los esfuerzos subconscientes de introyectar problemas familiares anteriores. A las mujeres o los hombres suele agradales la oportunidad de comentar sus sentimientos con un profesional empático o con otros en grupo.

Características psicodinámicas del estrés en el embarazo.

El embarazo y el puerperio siempre son períodos de estrés psicológico. En algunas mujeres es mínimo y para muchas, la gestación puede ser la época más feliz de su vida; algunas pueden considerarla una complicación desastrosa u aun una amenaza para su vida o salud mental. Es necesario valorar los sentimientos de la paciente para prevenir o tratar conflictos emocionales.

³¹ Op cit p. 1002

El embarazo puede poner en peligro la salud si los requerimientos fisiológicos, incluso cuando no hay complicaciones, someten a un esfuerzo excesivo los recursos físicos, particularmente si hay un trastorno orgánico preexistente. La mayoría de las personas sanas tienen ciertas molestias, que varía de incomodidad relacionada con el crecimiento abdominal y otros síntomas del embarazo hasta complicaciones que causan separación del trabajo y restricción de las actividades sociales.

Un fenómeno como el embarazo que afecta tanto la situación de vida del individuo puede tomarse como una amenaza potencial para la estabilidad emocional. El desarrollo de habilidades como madre es un aspecto normal de maduración femenina, incluye la disposición de asumir un papel proveedor y aceptar las incomodidades físicas y otras demandas de la maternidad. El grado de estrés psicológico que acompaña a este proceso varía según las experiencias del desarrollo de la mujer, su situación de vida actual y capacidad adaptativa, las embarazadas tienen inquietudes respecto a los cambios que ocurrirán en las relaciones familiares con el nacimiento de un niño y se preguntan si la responsabilidad de enfrentarlos caerá excesivamente sobre ellas. El estrés se reduce si la mujer está segura del afecto de su esposo, de la situación de su vida y confía en el personal médico que la atiende.

Procesos adaptativos de las experiencias familiares del pasado.-

Cada madre debe realizar cuatro tareas básicas para cuidar a su hijo. Desarrollar un concepto aceptable de: 1.- Con su propia madre. 2.-Con su esposo. 3.-Con ella misma. 4.-Con su hijo que aún no ha nacido.³²

1.- Con su propia madre:

La gente aprende mejor la maternidad y paternidad de sus propias madres y padres, en el caso de la mujer con su madre influye en su crecimiento y desarrollo durante la lactancia, niñez, adolescencia, madurez avanzada, y aún hasta después. Las mujeres con sentimientos de enojo conscientes o reprimidos hacia sus madres pueden interpretar el consejo de ayuda como gestos hostiles. Y en la falta de estas ve en el personal profesional el modelo de figuras maternas o paternas que pueden ser útiles en el proceso de reconciliación y ayudar a la mujer a desarrollar una conciencia más adulta, en el caso de su madre y facilitar la maduración emocional.

2.- Relaciones con el esposo.- Estas cambian en la gestación. El cónyuge suele elegirse porque se parece a los padres en cierta forma. Un esposo que ofrece apoyo puede ayudar a su mujer a resolver sentimientos ambivalentes respecto a su madre al protegerla de conflictos con ella, aceptar él mismo su dependencia no resuelta hacia sus padres y ayudar a su mujer a aceptar la de ella. La embarazada puede buscar en el esposo apoyo o confianza, aunque en ocasiones para algunos hombres esto es difícil, pues, también tienen que afrontar conflictos de identidad que involucran a sus propios padres y esto puede ser amenazador para algún hombre en el momento que requieren fortaleza.

3.- Aceptación de ella misma como madre.- la embarazada debe aprender a sentirse madre y a funcionar como tal a su manera. La confianza y habilidad

³² Idem p.1004

ganada en este proceso se extenderá a otros aspectos de su vida y será una persona fuerte y una buena madre.

4.- Adaptación durante diferentes fases del embarazo.

Primer trimestre.- La adaptación psicológica a la gestación varía durante esta. Algunas requieren tiempo y oportunidad para resolver conflictos antes que crean que están embarazadas. La negación ayuda a asimilar gradual los cambios que suceden en ella y proporcionar alojamiento emocional del embarazo.

La identificación o proceso adaptativo en el que la mujer absorbe en forma subconsciente el concepto de embarazo en su yo. Las mujeres que están bien adaptadas, hablarán de sus síntomas con interés y como conversación más que como queja.

Segundo trimestre.- las actitudes e intereses son muy diferentes de las observadas en el primer trimestre. Se sienten incómodas tanto por su ropa como por su abdomen crecido. Esperan el parto temprano. La vida de fantasía empieza a disminuir y no es fuente de inspiración para su yo, sino que espera el parto porque anhela tener un niño real. Esto ayuda a la mujer a prepararse para afrontar las molestias del trabajo de parto y la maternidad.

Trabajo de parto y parto.- La mayoría de las mujeres ven con agrado el inicio de trabajo de parto, porque están cansadas de las molestias físicas constantes del último trimestre y están impacientes por tener al recién nacido en sus brazos. Casi todas tienen inquietudes respecto a la seguridad del nuevo bebé, en el parto. A algunas mujeres que han tenido óbitos anteriores; el uso de equipo electrónico les confiere seguridad y en otras causa angustia, ansiedad e incomodidad y mayormente cuando hay variaciones en la frecuencia cardíaca fetal. La presencia de su esposo en el trabajo de parto y parto los involucra en el cuidado del niño.³³

5.3.3.-INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DURANTE EL EMBARAZO

- Como Consejera
 - Como Capacitadora
 - como asesora
 - como agente de cuidados a la salud para la mujer embarazada
 - Como Gestora para el cuidado con otros profesionales de la salud.
 - Como evaluadora de la calidad de cuidados recibidos
-
- **Como Consejera:**
 - Fomentar un ambiente de confianza.
 - Expresar palabras de apoyo
 - Escuchar las sensaciones experimentadas de la paciente, en forma respetuosa y atenta.
 - Recomendar suprimir alguna adicción (tabaco, alcohol, drogas, etc.) en forma temprana
 - Demostrar interés en la paciente y hacia su producto como individuos.

³³ Idem p.1005-1006

- invitar a su pareja o familiar allegado a permanecer con la paciente durante la atención prenatal, el trabajo de parto y parto.
- Aconsejar algún método anticonceptivo para después del parto.
- Reforzar los esfuerzos realizados con "lo está haciendo muy bien".
- Motivar sus actividades futuras como madre. Hermana e hija.³⁴

➤ **Como Capacitadora:**

- Fomentar un ambiente de confianza
- Realizar acciones de apoyo.
- Explicar que el embarazo es un proceso normal y no una enfermedad
- Explicar claramente los cambios físicos y psicológicos que se dan durante el embarazo.
- No agobiar a la paciente con restricciones arbitrarias en sus actividades.
- Indicar y explicar que la preparación con ácido fólico, vitaminas y minerales son preventivos.
- Determinar junto con la paciente, los nutrientes necesarios y a adecuados durante el embarazo.
- Explicar la importancia de períodos de reposo durante el día. Y la forma de realizarlo.
- Capacitar a la paciente sobre síntomas y signos de alarma que debe identificar y reportar oportunamente.
- Capacitar a la paciente en trámites necesarios para gestionar la atención de su salud, en la unidad de salud elegida.
- Capacitar a la paciente en procedimientos para una lactancia feliz.
- Capacitar a la paciente en cuidados al recién nacido.
- Capacitar a la paciente sobre medidas nutricionales necesarias
- Capacitar a la paciente sobre medidas de higiene personal necesarias.
- Capacitar a la paciente sobre evidencias del inicio de trabajo de parto.
- Capacitar a la paciente sobre evidencias del parto inminente y la forma de cooperar en él.
- Capacitar a la paciente sobre la vitalidad del feto.
- Capacitar ala pareja o familiar allegado sobre evidencias de inicio de trabajo de parto.
- Capacitar a la paciente sobre técnicas de relajación y respiración apropiadas.

➤ **Como agente de cuidados a la salud.**

- Fomentar un ambiente de confianza
- Demostrar interés en la paciente y hacia su producto como individuos
- Realizar acciones de cuidados físico y emocional.
- Determinar programa de citas para atención prenatal.
- Estimular a la paciente a que escuche el foco fetal y palpe las partes fetales del producto.

➤ **Como Gestora para intervenciones de otros profesionales de la salud.**

- Gestionar atención especializada con otros profesionales.

³⁴ SEVERINO Rubio / González / Ortega. Obstetricia I Cuaderno de Temas selectos específicos de enfermería. UNAM 2002. P.38-53

- Gestionar citas para control en laboratorio.
- Gestionar citas con el nutriólogo. De ser necesario.

➤ **Como evaluadora de la calidad de los cuidados realizados y recibidos.**

- Evaluar el riesgo perinatal que cursa o no la paciente.
- Realizar valoración de la evolución del embarazo, en cada visita.
- Valorar resultados con las acciones actuales determinadas.
- Comentar resultados obtenidos con la paciente, su pareja o familiar allegado.
- Determinar nuevas acciones en caso de ser necesario.³⁵

5.4.-LA MOTIVACIÓN Y AUTOESTIMA

Etimológicamente; derivado del latín *motivus*: relacionado con el movimiento. La palabra motivación expresa la acción y efecto de motivar. El concepto motivo denota lo que mueve o tiene virtud para mover; la causa o razón que mueve para una cosa.

La motivación es algo interno, es una fuerza o un conjunto de fuerzas que impulsan al individuo a actuar.

La motivación es una fuerza que determina la conducta, puede presentarse bajo la forma de una privación (la necesidad de algo esencial) o bajo la forma de un incentivo (una recompensa prometida). De todas las conductas observadas, las que se ejecutarán con mayor probabilidad son aquellas cuyas consecuencias se consideran deseables o conformes con los valores y la imagen personal.³⁶

La motivación refiere a la activación de una tendencia a actuar para producir uno o más efectos. El término motivación subraya la fuerza final de la tendencia de la acción que la persona experimenta como un yo quiero (Atkinson).

El motivo es la experiencia consciente o estado subconsciente que sirve como factor para determinar la conducta social o comportamiento de un individuo en una situación social determinada (Howard Warren).

Mc Gregor la determina como algo interno, es una fuerza o un conjunto de fuerzas que impulsan al individuo a actuar. También comenta que en sentido estricto no se motiva al hombre. Está motivado por su propia naturaleza. Es un sistema orgánico no mecánico. Al asimilar energía las transforma en manifestaciones de conducta. Su conducta está influida por las reacciones entre sus propias características como sistema orgánico y el ambiente, crear esta relación es cuestión de liberar la propia energía de unas maneras y no de otras.

Nosotros no motivamos al ser humano, ya está motivado, cuando deje de estarlo, ha muerto.

La motivación se caracteriza por los siguientes rasgos.

- Excitación de la energía
- Orientación del esfuerzo hacia una meta particular.
- Atención selectiva a estímulos significativos.

³⁵ Ibidem p.57-80

³⁶ IMSS Programa de desarrollo humano para personal directivo 2000 p.13-16

- Organización de unidades de respuesta en una secuencia o patrón integrado.
- Persistencia de esta actividad hasta que cambien las condiciones iniciales.

Las personas son básicamente creativas y responsables y el gasto de energía en alguna forma de trabajo es un proceso natural. Las personas estarán tanto más intrínsecamente motivadas para realizar bien sus funciones, cuanto más satisfagan los objetivos de la actividad y sus necesidades personales.

El ser humano es un complejo conjunto de elementos energéticos, orgánicos y psicosociales que interactúan entre sí y mantienen un equilibrio. Tal sistema funciona, primordialmente, con base en la energía que asimila del exterior. Cuando se altera el equilibrio (también llamado homeostasis) el sistema tiende a recuperarlo, debido a que la ruptura provoca un estado de tensión interna. Este estado de desequilibrio o tensión es percibido por el individuo como una necesidad.

Necesidad es el estado de tensión que surge del desequilibrio interno de un organismo, por el desgaste de energía o el desequilibrio adaptativo con su ambiente externo, tal que suscita, sostiene y o dirige la conducta en orden de recuperar la calma.

Siempre que se percibe una necesidad existe un estado de tensión en el individuo, el cual actúa para recuperar la calma. Lo que implica una descarga de energía que origina el movimiento hacia el satisfactor.

La interacción del individuo con su ambiente constituye la adaptación que facilita la supervivencia del organismo.

Siempre que no esté garantizada su supervivencia, el organismo se halla en estado de necesidad.³⁷

Cuando surge una necesidad y el organismo actúa; esta acción conduce a una reducción de la necesidad y promover mejores condiciones de supervivencia.

MOTIVACIÓN E INCENTIVOS

Un incentivo es una meta objetiva capaz de satisfacer lo que subjetivamente consideramos como necesidad, impulso o deseo.

El término incentivo se utiliza como sinónimo de satisfactor. Sólo que los satisfactores o incentivos varían de acuerdo con las personas, las situaciones y las necesidades. De este modo al existir diferentes tipos de necesidades, también deben existir diferentes tipos de satisfactores.

Cualquier satisfactor o incentivo produce los mismos resultados, cuando se trata de volver al equilibrio un sistema de tensión, sobre todo cuando se trata de necesidades de tipo psicológico y social.

LA AUTOESTIMA

Etimológicamente esta palabra deriva del griego autos: propio por uno mismo y estima: de estimar del latín aestimare, tener afecto o consideración.

Es apreciar el propio valor e importancia y tener carácter para ser responsable consigo mismo y actuar responsablemente respecto a los demás.³⁸

El concepto que cada uno de nosotros tiene de sí mismo, es el sujeto y la entidad que consiente y subconscientemente pensamos que somos; nuestros

³⁷ Nathalie Branden. La Autoestima de la mujer. Desafíos logros en la búsqueda de una identidad propia. P. 9-12

³⁸ Idem p.13-16

rasgos físicos psicológicos, nuestras cualidades y nuestros defectos es decir, la autoestima, que es el componente evaluativo del concepto de si mismo.

Es el juicio que soy apto para la vida, la experiencia de mi propia capacidad y valor; es una conciencia que se autoafirma, una mente que se tiene fe, esta experiencia solo la genera uno mismo.

La autoestima en cualquier nivel, es una experiencia intima, reside en el núcleo de nuestro ser, es lo que yo pienso y siento sobre mi mismo, no lo que otros piensan o sienten sobre mi.

La autoestima es la suma de la confianza y el respeto por si mismo; refleja el juicio implícito que cada uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de su vida, para comprender y superar sus problemas, ejercer su derecho a ser feliz, respetando, respetando y defendiendo sus intereses y necesidades.

La respuesta de las personas ante diversos acontecimientos depende de lo que piensa cada individuo de si mismo. La manera en que se actúa en el trabajo, con su pareja, como padre, dependerá de la autoestima que ha desarrollado en el transcurso de su vida.

La autoestima es cuestión de grado, no hay persona que carezca por completo de autoestima, ni tampoco nadie que sea capaz de desarrollar totalmente su autoestima.

Desarrollar la autoestima es tener la convicción de que es competente para vivir y digno de ser feliz, por lo tanto equivale a enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo que ayuda a alcanzar metas y experimentar la plenitud de ser feliz. Comprender lo anterior es apreciar que el cultivo de la autoestima interesa a todos.

Algunos estudiosos sobre la materia han clasificado la autoestima en tres grados: alta, baja y término medio.

AUTOESTIMA ALTA: Es sentirse confiadamente apto para la vida, vivir con integridad y de acuerdo con sus valores, comportarse en forma responsable y eficiente; saberse capaz y mostrar, confianza en si misma, basarse en la realidad para tomar sus propias decisiones; es ser conciente de que uno mismo es su mejor y más importante recurso.

Es poder valorar y respetar a los demás, ser honesto en sus relaciones con otros, entablar relaciones enriquecedoras, tratar a otros con benevolencia y buena voluntad.³⁹

Las personas con alta autoestima se preocupan por su desarrollo y bienestar físico, psicológico y social, son creativos, en el trabajo, se establecen metas cada vez más altas en términos de lo que esperan de la vida, cuidan su salud y experimentan el deseo de vivir y la alegría de ser y estar.

Este tipo de personas, reconocen sus limitaciones y debilidades, luchan activamente por ser mejores, comprenden que hay que ser flexible consigo mismo y los demás para resistir ante las presiones que a veces las hacen sucumbir ante la desesperación o la derrota.

AUTOESTIMA MODERADA: En términos generales son personas inseguras; su concepción de si mismas es sentirse apto e inepto, acertado y desacertado

³⁹ Idem 17-21

como personas. En su comportamiento a veces actúan con sensatez y otras ocasiones tontamente.

Sin embargo, también es humano experimentar que a veces hasta "el más pintado" siente que todo le sale mal. Que ha perdido el control; que no es capaz de realizar determinadas tareas. Es una pérdida del propio valor.

AUTOESTIMA BAJA: Las personas con autoestima baja, piensan que no valen nada muy poco. Poseen valores que fueron introyectados en la infancia y juventud. Pasan en este estado la mayor parte de su vida. Por lo consiguiente esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás, se hunden en la soledad, así aisladas se vuelven apáticas, indiferentes hacia si mismas y las personas que las rodean.

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad las llevan a sentir envidia y celos de los que otros poseen, lo que difícilmente aceptan manifestándose con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento.

Les resulta difícil ver, oír y pensar: el temor que sienten los limita y ciega para buscar nuevas soluciones de sus problemas dando lugar a un comportamiento destructivo.⁴⁰

5.5.- TOXEMIA GRAVE

En épocas pasadas se acostumbraba agrupar diversos trastornos hipertensivos, en especial los que aparecían en etapas tardías de la gestación o en el comienzo del puerperio, bajo el encabezado lógico y ambiguo de toxemias gravídicas.⁴¹

La preclampsia- eclampsia o toxemia grave como también se le conoce; es la enfermedad de las teorías porque no hay ninguna teoría que la explique de una manera total y aceptable tanto la etiología como su fisiopatología.

La Preclampsia- eclampsia o toxemia grave se presenta en el último trimestre del embarazo. Es más frecuente en las primegestas jóvenes, pero más grave en las primigestas de más edad. También están propensas las multiparas con embarazos gemelares o complicaciones como Diabetes sacarina.

Las teorías que tratan de explicar el origen de la preclampsia son los siguientes:

- La sobredistensión uterina
- El aumento de la presión intraabdominal.
- La isquemia uteroplacentaria.
- La alteración de la microcirculación placentaria.
- La disminución de la monoaminoxidasa con el consiguiente aumento de vasopresores.
- La alteración del equilibrio renoina-angiotensina.

Este padecimiento se puede dividir en toxemia impura, cuando la paciente tiene antecedentes positivos de hipertensión arterial crónica, de diabetes mellitus o de nefropatías previas y los síntomas se presentan antes de la semana 34 y

⁴⁰ Idem p.2-6

⁴¹ Ramírez Alonso Félix Obstetricia para Enfermeras Profesionales p. 219

en toxemia pura se presenta después de la semana 34 y la paciente no tiene los antecedentes mencionados.

Cuando se maneja la nomenclatura de síndrome hipertensivo agudo del embarazo existen varias clasificaciones según el Comité Americano de Salud materna se clasifican en:

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

- Preclampsia leve
- Preclampsia severa
- Eclampsia.

II.- enfermedad vascular crónica hipertensiva con embarazo y se divide:

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

FISIOPATOLOGÍA DE LA TOXEMIA GRAVE

El diagnóstico temprano de la preclampsia depende de la observación minuciosa antes del parto, especialmente en lagunas categorías de mujeres predisuestas a este trastorno. Entre los factores predisponentes esta la nuliparidad, el antecedente familiar de preclampsia, fetos múltiples, diabetes, hipertensión, mola hidatiforme e hidropesía fetal. No se sabe si puede evitarse la preclampsia pero su progresión a la forma severa y a la eclampsia a menudo puede impedirse.⁴²

Es necesario recalcar que otro de los factores en la fisiopatología de preclampsia- eclampsia son los cambios patológicos y que ocurren en:

- Vasos sanguíneos.- ocurre vasoespasmo anormal. Cuando se desarrolla hipoxia secundaria puede producirse hemorragia o necrosis en la placenta.

- Placenta.- los cambios místicos en la placenta producidos por la preclampsia sugieren vejez prematura, además se desarrollan degeneración sincitial, depósito hialino paravelloso y congestión del espacio veloso. Las velosidades se agrupan en necrosis temprana o infartos rojos. A veces se forma un coágulo grande laminado, bajo la capa decidual, que puede convertirse en una zona de trombosis extensa que a su vez produce desprendimiento prematuro de placenta y alteraciones relacionadas.

- Riñones.- Cambios glomerulares únicos. La inflamación de células endoteliales y el depósito de material amorfo en su citoplasma produce crecimiento e inflamación de los capilares glomerulares estrechando su luz, siendo la isquemia una manifestación notable. Se reduce el riego y filtración glomerular. Lo túbulos renales muestran necrosis tubular y anomalías inespecíficas secundaria a isquemia junto con material proteináceo en su luz.

En casos raros el espasmo vascular renal intenso y la isquemia pueden producir trombosis arterial extensa e infarto dando como resultado necrosis cortical renal bilateral que a menudo es mortal.

- Sangre.- Con frecuencia ocurre en la preclampsia – eclampsia debido a la separación prematura en placas de la placenta que inicia una coagulación de

⁴² E. Mc Lenan Charles Compendio de Obstetricia p. 290

consumo progresiva. Los microtrombos de fibrina afectan órganos distantes muy a menudo a las arteriolas renales precapilares.

- Hígado.- La lesión hepática característica es la necrosis periportal lobular. Esto es consecuencia de trombosis de arteriolas hepáticas en particular extensas en los pequeños vasos del sistema periportal.

- Encéfalo.- Junto con el edema cerebral, pequeñas hemorragias cerebrales, pueden afectar a casi 20% de las mujeres con preclampsia—eclampsia aguda. Las regiones que con mayor frecuencia se afectan son la protuberancia anular, los ganglios basales y las áreas subcorticales.

Corazón.- En pacientes con preclampsia-eclampsia puede observarse hemorragias subendoteliales, trombos de fibrina, necrosis focal y hemorragia miocárdica. Por tanto puede haber alteraciones del sistema de conducción.

Pulmones.- Casi toda paciente que muere de eclampsia tendrá edema pulmonar agudo y neumonía bronquial hemorrágica difusa y grave.

Durante el embarazo hay retención importante de sodio, en esta paciente ocurre mayor cantidad de retención de este mineral, por la hipersensibilidad a la acción vasoactiva de ADH en la circulación renal puede contribuir a la retención de agua y sodio.⁴³

Otro agente que puede participar en la preclampsia- eclampsia incluye a las catecolaminas y prostaglandinas que normalmente se producen en la placenta. Aparentemente las modificaciones funcionales multiorgánicas que el embarazo impone a la mujer, son estabilizadas por una gran cantidad de mecanismos homeostáticos que permite el curso armonioso de la gestación, pero si estos no actúan eficazmente aparecerá la toxemia con una primera fase compensada por mecanismos de adaptación y si estos fallan entonces aparecerán signos y síntomas de descompensación y se irá agravando la toxemia.

ECLAMPSIA

El término de eclampsia significa "relámpago súbito" y es la culminación de la preclampsia y se caracteriza por la presencia de convulsiones características y estado de coma.

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

CUADRO CLÍNICO

Los signos cardinales son: hipertensión, proteinuria y edema. Que aparecen en el último trimestre del embarazo y que pueden ser observadas rápidamente por el examen prenatal minucioso.

Hipertensión arterial.- Guarda un poco más de paralelismo con la gravedad del padecimiento, generalmente no es muy alta. Par ser diagnosticada debe ser igual o mayor de 90 mm Hg de diastólica y es más importante la elevación de las cifras diastólicas así como los cambios comparativos de la presión con los niveles de las presiones previas al embarazo, previas diastólicas >10 mm Hg y la sistólica > 20 mm Hg.

⁴³ C. Benson Ralph Diagnostico y tratamiento Ginecoostétrico p. 756

La proteinuria o albuminuria.- Debe ser mayor de 1 g/ L de orina tiene un aumento progresivo y es francamente paralela a la gravedad del padecimiento. En una muestra de 24 horas la proteinuria se define como una concentración de 0,3 g/ L en 24 horas. A medida que avanza el grado de la toxemia se presentan datos anexos que hay que valorar y que son. Cefalea, acúfenos, fosfenos, oliguria, cristalería, cilindruria y trastornos visuales como el edema de pupila, el espasmo arteriolar, y el desprendimiento de la retina.

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

Datos de gravedad.- Que aparecen cuando la toxemia ya es muy severa incluyen la taquiesfigmia, hipertermia, hemoconcentración, hipoproteinemia, y el dolor en barra epigástrica de chaussiere por distensión de la cápsula de Glisson a nivel hepático.⁴⁴

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS CRISIS CONVULSIVAS EN LA ECLAMPSIA.

Las crisis convulsivas constan de 4 períodos:

1.- período de iniciación.- en este período la paciente queda estática, pierde la conciencia presenta contracciones fibrilares en los músculos de la cara y de los miembros, también en los globos oculares dentro de las órbitas y finalmente quedan desviados hacia un lado. Tiene dilatadas las pupilas y hay cierta desviación de las comisuras labiales y eso hace que la paciente tenga una aparente facies satírica, esta fase dura 0 a 20 segundos.

2.-Fase de contracciones tónicas.- en esta fase la paciente suspende la respiración y se torna cianótica, hay ingurgitación de las venas yugulares, tiene la cabeza desviada hacia un lado, flexiona las extremidades superiores e inferiores, cierra las manos apretando los puños y parece que todos los músculos de su cuerpo entran en una contracción tetánica, que a veces puede llegar hasta el epistótonos. Esta fase tiene una duración de 20 a 30 segundos.

3.- Fase de contracciones clónicas.- La paciente ha reanudado la respiración pero es ruidosa, estretorosa y disneica, disminuye la cianosis y la presión arterial continua elevada. El pulso está acelerado y diferentes grupos musculares empiezan a presentar una serie de contracciones y sacudidas que hacen que la paciente se agite en su cama, esta fase dura 2 a 3 segundos.

Como se ve el aspecto que presenta la paciente es muy impresionante y eso se acentúa porque en la fase de contracciones tónicas, la paciente puede haberse mordido la lengua y entonces se ve arrojando espuma sanguinolenta por la boca.

4.- Estado de coma.- La paciente continúa cianótica inconsciente con espuma sanguinolenta por la boca, con respiración estretorosa, y el pulso acelerado, la presión arterial puede estar más acelerada o más baja que tenía antes de las crisis convulsivas, tiene las pupilas dilatadas y ausencia de reflejos.

La duración del estado de coma es variable y posteriormente puede sobrevenir otra crisis convulsiva o la muerte de la paciente. La cantidad de convulsiones

⁴⁴ Idem p. 221

es variable, generalmente de 5 a 15 y la recuperación de la paciente, puede sobrevenir con el parto o con la muerte del producto.

Estudiando los reportes de laboratorio en la paciente ecláptica, se encuentra que los datos de la química sanguínea dependen del grado de deterioro renal en el sistema uroexcretor, hay oliguria que puede llegar a la anuria, existe albuminuria importante, cilinduria y a veces hematuria., en la biometría hemática se aprecia hemoconcentración, puede haber plaquetopenia, elevación de las enzimas hepáticas y hemólisis. En el equilibrio ácido básico se puede observar acidosis con disminución del poder de combinación del CO₂ y pueden presentarse otros datos laboratoriales agregados, cuya aparición estará en relación con el grado de severidad de la eclampsia y con las complicaciones que se deriven de ella.⁴⁵

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

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

La crisis convulsiva inicial puede aparecer antes, durante o después del parto.

TRATAMIENTO EN TOXEMIA GRAVE.

1.- Interrupción del embarazo, se ha observado que el cuadro mejora con la muerte del producto su expulsión, pero ello estaría condicionada la edad del embarazo y a la severidad del cuadro toxémico, el método preferido para la interrupción del embarazo , deberá ser la inducción del trabajo de parto en la preclampsia leve, se efectúa a la semana 38, en la preclampsia moderada a severa en la semana 35 a 36 y para tomar esta decisión siempre será importante la valoración del estado fetal con pruebas de madurez fetal

2.- Que el apoyo de personal de Enfermería es esencial para la recuperación de la paciente hospitalizada, ya que su presencia es sinónimo de evaluación continua de la signosintomatología de la enferma y se asegura el fiel cumplimiento de las indicaciones médicas y paramédicas determinantes en la evolución de la paciente.

Las principales medidas que deben tomarse en el manejo de la paciente tóxica, son las siguientes:

En la preclampsia leve. Es conveniente citar a la paciente cada siete días y en caso de no responder al tratamiento ambulatorio se tendrá que pensar en su hospitalización, para manejarla como una preclampsia severa. Se debe colocar a la embarazada en reposo, en decúbito lateral izquierdo durante 3 a 4 horas al día, independientemente del reposo habitual con dieta baja en sodio e hiperproteica evitando los alimentos salados o conservados e inclusive se puede administrar caseinato de calcio tres veces al día. Hay que evitarle el estreñimiento intestinal, mediante la administración de leche de magnesia y petrolato, laxantes mecánicos y medidas anexas.

⁴⁵ Op cit p. 295

Debe mantenerse una vigilancia especial de la presión arterial, de la curva del peso de la diuresis, del grado de edema, verificando la presencia o agravación del síndrome vasculoespasmódico, habrá que medir en forma aproximada la diuresis de 24 horas y explicar a la paciente los síntomas de alarma.⁴⁶

Se practicará un examen del fondo de ojo con valoración del estado fetal y por lo que respecta a la valoración del producto es muy conveniente practicar pruebas sin esfuerzo y una ultrasonografía seriada para apreciar el crecimiento del producto y también es conveniente valor el grado de madurez pulmonar fetal o inducirlo.

Por lo que se refiere a las medidas medicamentosas, se prescribirá una ligera sedación con diacepan oral, puede ser 5 mgs. 3 veces al día.

Tratamiento de la hipertensión grave:

El riesgo materno de accidente vascular cerebral e insuficiencia de ventrículo izquierdo o renal es tal, que deberá iniciarse tratamiento antihipertensivo cuando la TA sean mayores a 140/ 90 después de 24 horas de reposos en cama sin éste si se obtiene dos lecturas sucesivas mayores a las cifras citadas.

Los medicamentos más usados son:

1.-La metildopa.- Su acción es central y disminuye la secreción simpática del encéfalo. La dosis al principio es de 500 mgs y luego 250 mgs cada 6 horas hasta llegar a un máximo de 750 mgs cada seis horas. Efectos indeseables.- atolondramiento y desvanecimiento al ponerse de pie. Contraindicada en pacientes con antecedentes de depresión.

2.-La Hidralazina.- Es un vasodilatador inespecífico. Por vía oral junto con la metildopa. La dosis al principio 25 mgs cada seis horas hasta llegar a un máximo de 75 mgs. Cada seis horas. Los efectos indeseables puede simular una preclampsia inevitable pero es raro cuando se administra por vía oral. L a piel vasodilatada se encuentra caliente y con rubor.

3.-La Adebrisoquina Interfiere con la liberación de noradrenalina de las terminaciones nerviosas periféricas simpáticas. La dosis diaria total es de 20-120 mgs. Los efectos indeseables son depresión de la madre en el puerperio, obstrucción nasal del recién nacido, trastornos de la respiración y de la temperatura.

4.- Clorhidrato de Labetalol es un agente bloqueador que produce vasodilatación sin cambios considerables en el gasto cardiaco. Se administra de 100 a 200 mgs por vía oral dos veces al día después de comer, inicialmente, con incremento a 2,400 mgs. al día dividido de dos a cuatro dosis.

5.- Nifedipina.- Bloqueador de los canales de calcio, mejora la provisión miocárdica de oxígeno y reduce el trabajo del miocardio al disminuir la carga ulterior o poscarga. Se administra a dosis de 10 mgs por vía bucal 3 veces al día con un incremento a 20 a 40 mgs. Dos veces al día. Los efectos adversos son edema periférico, hipotensión palpitaciones, taquicardia, bochornos, mareos, sensación de cabeza hueca debilidad, síndrome parecido al lupus eritematoso. Las madres que toman Hidralazina no deben amamantar a sus hijos. El medicamento debe protegerse de la luz directa del sol.⁴⁷

⁴⁶ Idem p. 737

⁴⁷ Havard Margaret *Fármacos en Enfermería* p. 56-74

6.-Diuréticos.-se usarán sólo para tratar la insuficiencia cardiaca y la oliguria importante

Se debe complementar la vigilancia, solicitando al laboratorio biometría hemática, hematocrito y plaquetas, examen general de orina. Química sanguínea y proteínas sanguíneas.

Una vez que se tiene la valoración del binomio se programara la interrupción del embarazo, no permitiendo que el embarazo rebase las 38 SDG, cualesquiera que sean las condiciones obstétricas.

En la preclampsia severa, la hospitalización de la paciente es imperiosa lo ideal sería manejarla en terapia intensiva, con aislamiento en cuarto oscuro y en silencio, el manejo debe ser mínimo y gentil, estableciendo un equilibrio calórico e hídrico por vía parenteral con glucosa al 5%.

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

La paciente tóxemica severa, debe tener colocada una sonda de foley con estricto control, de líquidos, toma constante de TA, y de PVC con vigilancia de la FCF.

Es conveniente que se pidan al laboratorio Biometría hemática completa, química sanguínea, general de orina, y urocultivo, fibrinógeno, TPT. TP, bilirubinas, transaminasas y deshidrogenasas lácticas, electrolitos, ácido láctico y gasometría.

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

Una vez que se ha controlado relativamente el cuadro tóxico se ha completado el estudio y la valoración del binomio se procederá a la interrupción oportuna del embarazo.

En la eclampsia las medidas terapéuticas son similares pero más intensivas pues el cuadro es mucho mas grave:

A).- Principios de tratamiento para preclampsia-eclampsia

1.- Tratamiento para corregir manifestaciones específicas.

-Reducción de la irritabilidad del sistema nervioso central.

- Reducción de la hipertensión.

- Corrección del desequilibrio de líquidos, desequilibrio ácido básico y otros tipos de desequilibrio hidroelectrolítico.

- Prevención o interrupción de las convulsiones.

- prevención o tratamiento de las complicaciones fetales o placentarias.⁴⁸

2.- Diagnóstico diferencial y tratamiento de otros trastornos concomitantes.

3.- Elecciones Obstétricas.

- Posibilidad tiempo y modo para inducir el trabajo de parto.

- Método de parto después del trabajo de parto espontáneo.

- Elección de operación cesárea.

B).- Tratamiento ambiental.

- Cuarto oscuro, en silencio y con manejo mínimo. Con cama con barandales.

- Debe tener una cánula de Guedel entre las arcadas dentarias para evitar mordedura de lengua.

⁴⁸ Idem p. 227

- Oxígeno nasal permanente.
- Aspiración de vías áreas superiores.
- Sonda vesical a permanencia y control estricto de líquidos.
- Establecer equilibrio calórico por vía parenteral.
- Diuréticos y antihipertensivos según estado clínico y de laboratorio de la paciente.

C).- Interrupción del embarazo.

- Se programa de 6-12 horas después de dominadas las crisis convulsivas y la analgesia conveniente. Si es trabajo de parto o por vía cesárea.

Si en el puerperio continúa elevadas las cifras tensionales, habrá que practicarle estudio de fondo de ojos, de la función renal, de la silueta cardíaca, etc. A fin de descartar alguna patología hipertensiva que no era evidente antes del embarazo.

PREVENCIÓN

La prevención prenatal ha contribuido mucho a disminuir la frecuencia de preclampsia- eclampsia hasta menos del 2% en las pacientes que reciben cuidados obstétricos tempranos y adecuados. Los aspectos importantes de estos son la identificación del riesgo (basados en una historia clínica completa y obtención de datos basales y consultas regulares al médico.

Básicamente la prevención de la preclampsia-eclampsia depende del mantenimiento de una buena nutrición, equilibrio hidroelectrolítico óptimo y estabilidad emocional.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Es permisible sólo en mujeres con presión arterial que no exceda de 140 / 90 mm de Hg y cuyo edema y proteinuria sean mínimas. El descanso en cama en decúbito lateral suele estimular la diuresis y facilitar la ventilación y oxigenación adecuadas.

La paciente en caso de ser enviada a casa debe valorarse por lo menos dos veces por semana por el médico o la Enfermera para asegurar cualquier cambio en su estado que pueda requerir nueva hospitalización. Es indispensable que tanto la paciente en casa como las personas que cuidan de ella, estén instruidas en síntomas y signos ominosos: edema, cefalea, alteraciones visuales, irritabilidad o hiperactividad sin causa aparente, insomnio, disminución de gasto urinario, dolor epigástrico.⁴⁹

Sin embargo para que el cuidado en casa sea efectivo la enfermera debe valorar el ambiente del hogar y la capacidad que tiene la paciente de asumir responsabilidades. Deben considerarse los efectos del idioma, edad, cultura, creencias y sistemas de apoyo para implementación y planeación de los cuidados.

La motivación, la disposición y la capacidad para aprender son consideraciones esenciales para una mujer que requiere instrucciones sobre su cuidado en su domicilio.

La mujer con preclampsia que es tratada en casa debe recibir instrucciones acerca de su enfermedad y los efectos que esta tiene sobre la madre y el feto de una forma y con un lenguaje que ella pueda entender. El conocimiento de los síntomas subjetivos y objetivos que indiquen un deterioro de la situación es

⁴⁹ Op cit P.764

vital, si estos se presentan la mujer debe llamara de inmediato a la institución en donde es atendida para su presta atención. El cuidado en casa de la paciente preclámpsica requiere el mismo nivel de pericia de la enfermera que en el contexto intrahospitalario. El estándar para esta situación es que la enfermera debe estar preparada para valorar el estado, brindar los cuidados, identificar las desviaciones de la situación normal, intervenir de conformidad y derivar si es necesario.⁵⁰

⁵⁰ Perry Bobak Lowdermirk Enfermería Materon infantil p. 739-740

6.-APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1.-PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: A. R. C. **Edad:** 32 años, **Peso:** 82 kgs. **Talla:** 1.52 mts. **Fecha de nacimiento:** 06-04-1972.

Sexo: Femenino. **Ocupación:** Ama de Casa. **Escolaridad:** Preparatoria.

Procedencia: Calle Magnolias # 90 Col. Escuadrón 201, México D.F.

Fuentes de Información: La paciente, su Padre y su Hermana.

Miembro de la familia o persona significativa: Padre y hermana.

Se trata de la Sra. Ana que es una paciente adulta madura de 32 años de edad que cursa un embarazo de 28 Semanas de gestación, atendida en la consulta prenatal del Hospital de la Mujer, en el turno vespertino, católica creyente nunca asiste a misa, es madre soltera.

Su familia está conformada por su padre que es hipertenso, y con Diabetes mellitus, con una hermana menor de 14 años, que asiste a secundaria. Madre fallecida hace dos años por Insuficiencia Renal Crónica. Aparentemente existen buenas relaciones familiares y actualmente aceptan su embarazo. No así al principio de este. Hubo rechazo por parte de su padre, ya que en su casa impera una disciplina rígida e intolerante con educación tradicional y restrictiva.

Al interrogatorio directo; la paciente Ana se muestra introvertida, difícil para llevar una conversación, se le debe repetir cada pregunta formulada, y contesta con monosílabos, y además esconde la mirada para contestar, se muestra muy nerviosa y angustiada. En momento se observa llorosa. Se le pregunta el motivo y responde que no sabe que hacer y esta muy preocupada por el futuro de su hijo.

En el interrogatorio comentó que presentó las enfermedades propias de la infancia sin complicaciones.

Refirió haber sido operada de apendicetomía hace 4 años. Además de presentar desde antes de su embarazo sobrepeso de 10kg no tratado.

Menarca a los 14 años, con ciclos regulares de 28 días y con duración de 4 días. Inicio de vida sexual activa a los 20 años. No ha tenido ningún otro hijo ni Abortos. La última vez que menstruó fue el 07-IV-03.

A la exploración cefalocaudal; paciente de edad a la que dice tener, con disnea, con facies de angustia, nerviosa e insegura. Con aparente aumento de peso.

Exploración cefalocaudal.-cabeza bien conformada, aspecto general vistiendo ropa muy ajustada, inadecuada a su estado grávido. Buena implantación de piel cabelluda. Mucosas orales y palpebrales bien hidratadas, ligeramente cianóticas. Tegumentos oculares con palidez ++. Refiere edema palpebral, por la mañana al levantarse., disminuyendo en el transcurso del día. Miembros superiores con aumento de tejido celular subcutáneo, refirió manos "apretadas" por la mañana, al tratar de cerrarlas. Abdomen globoso por embarazo de 30 semanas de gestación. Correspondiendo a la amenorrea presentada.

Presencia de cicatriz en cuadrante inferior derecho por apendicetomía hace 4 años. Fondo uterino a 28 cm por arriba de pubis. Al realizar las maniobras de Leopold se detecta producto único vivo, presentación cefálica abocada al estrecho superior. Ala auscultación de foco fetal se percibe punto de mayor intensidad en cuadrante inferior derecho. Hay presencia de edema maleolar ++. Y presencia de varices en miembro inferior izquierdo en forma moderada.

Signos vitales.- TA 140/ 90 en posición supina, cifra tensional, que representa riesgo de salud para su estado grávido y aunado a los demás signos observados como los son presencia de edema maleolar y palpebral además de manos apretadas al levantarse. Ignora la importancia de su padecimiento actual. Pulso 82 X'. R 22 X' Temp. 36.5°C.

Exámenes de Laboratorio.- HB 10 que para la edad de embarazo que presenta debe tener una hemoglobina mayor 12grs, para poder cubrir los requerimientos de oxígeno necesario para ella y su producto. Glucosa 110 mgs. la cual se deberá bajar esa cifra para que no sea un signo de riesgo de salud para la paciente a una diabetes gestacional. Pues refiere ser elevada antes de su embarazo. Sin proteinuria. Talla 1.52 mts. Peso de 82 kgs. Este aumento de peso de 30 kgs. es significativo, pues el peso de la paciente deberá ser de 64 kgs. Aproximadamente de acuerdo ala edad del embarazo y su talla.

Ana, hija primogénita, que pudo estudiar hasta preparatoria y que no continuó estudiando por los medios económicos muy bajos, en la que recaen todas las responsabilidades domesticas, su madre fallecida hace 4 años, su única amiga.

6.2.-VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Oxigenación:

Subjetivos

Disnea de pequeños esfuerzo debido a restricción de la caja tóraxica por crecimiento del útero ocupado con producto único vivo de 28 semanas de gestación.

Objetivos

- Dificultad respiratoria notoria a pequeños esfuerzos. Buena coloración de tegumentos. Conciente, poco reactiva. Obesa. Presión arterial de 140 / 90

2.-Nutrición e hidratación:

Subjetivos

-Realiza 3 comidas diarias, horario regular, gusto de comer tortillas, leche y alimentos chatarra diariamente, come carne, huevos y frutas cada tercer día. Come pescado y verduras cada 8 días. Ingerió cereales una vez a la semana, no le agradan. Toma agua 1 litro, 2 tasas de café y té ocasionalmente.

Objetivos. Piel y mucosas hidratadas, pálidas. Abundante tejido celular subcutáneo. Caries dental en 2º. Molar. Sobrepeso de 10 k, presión arterial de 140 / 90.

3.-Eliminación

Subjetivos

-Hábitos intestinales regulares, evacuaciones y micciones 2 veces al día con características normales. Menstruación cada 28 días con duración de 4 días.

Objetivos

Abdomen globoso con útero ocupado con producto único vivo, altura del fondo uterino a 30 cm. de cicatriz umbilical. Presento contracciones de Braxton Hicks a la palpación. Foco fetal con el punto máximo de intensidad en cuadrante inferior derecho a 142 latidos por minuto. Presentación cefálica libre al estrecho superior de la pelvis. Ruidos intestinales no audibles. Presencia de leucorrea blanquecina, escasa no fétida.

4.- Necesidades de moverse y mantener la buena postura.

Subjetivos.

-Realiza actividades cotidianas ligeras. No lava la ropa. Las lava su hermana. Gusto por tejer y ver televisión diariamente, no acostumbra caminar pues le da pena salir de casa por su embarazo y la crítica de los vecinos.

Objetivos.

Postura libremente escogida. Refirió dolor lumbar. Facies de angustia, nerviosa e insegura, poco comunicativa, requirió de ayudar para levantarse al estar sentada.

5.- Descanso y sueño

Subjetivos.

- Su horario de sueño es de las 22 a 7 hrs. Frecuentemente tuvo períodos de insomnio al pensar en su bebé. No le agrada tomar una siesta. No toma ningún descanso durante el día.

Objetivos.

Presenta ansiedad, nerviosismo y estrés. Se le debió repetir las preguntas del interrogatorio dos veces para que pudiera contestarlas adecuadamente y en monosílabos.

6.- Usar prendas de vestir adecuadas

Subjetivos.

Su estado de ánimo influye para su manera de vestir, además de no contar con ropa de maternidad adecuada por su condición económica. No necesita ayuda para vestirse y desvestirse. Se cambió ropa cada tercer día.

Objetivos.

Usa ropa común, muy ajustada para su estado grávido. Fue muy lenta para vestirse y desvestirse. Falta de higiene en su ropa.

7.- Termorregulación.

Subjetivos.

- Se adapta a los cambios de temperatura, sin embargo prefiere la temperatura templada.

- Objetivos.

Temperatura corporal de 36.5 Piel hidratada. Su casa es muy fría, menos de 20 grados. Construida de concreta sin acabados, con dos habitaciones, una comparte con su hermana y la otra la ocupa su papá. Cocina separada a la vivienda, baño y WC a 4 metros de las habitaciones.

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel

Subjetivos

-Acostumbra bañarse cada tercer día y por las mañanas. Visita al dentista cada año, gusta de lavado de boca una vez al día, por las noches. Realiza aseo de manos antes de comer y después de ir al baño.

Objetivos.

Presento caries dental 2º molar, Presencia de halitosis, Uso lubricantes para piel después del baño. Toma baños de sol ocasionalmente. Salida de calostro por ambas mamas.

9.-Necesidad de evitar el peligro

Subjetivo.

-Vive y convive con su papá de 60 años y su hermana de 14 años. Todo el día se encuentra sola. Su hermana sale a la escuela a las 6.30 y regresa a las 16 hrs. Su Papá sale a trabajar a las 6.30 hrs. y regresa a las 18 hrs. Conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar. Desconoce las señales de alerta del embarazo y cuando debe recurrir al medico en caso de presentar alguna. Esta feliz por ser madre pero a la vez le angustia enfrentar esa situación y el futuro de su hijo, y no sabe como solucionarlo. Refiere armonía familiar. No sale por las noches, pues existe en su colonia pandillerismo.

Objetivos.

El entorno ambiental es de riesgo, existe pandillerismo, El transporte es deficiente y ocurren asaltos frecuentes.

10.-Necesidad de comunicarse.

Subjetivos.

- Es madre soltera, vive con su Papá y su hermana. Su preocupación es el estado económico para cuando nazca su hijo pues el Papá es quién solventa el gasto familiar, la aceptación social le mortifica y preocupa por su condición de madre soltera. "La miran mal". No tiene relación amistosa con sus vecinos. Le inquieta sus temores para cuidar a su hijo, no sabe como hacerlo.

- Objetivos

Se expresa con monosílabas, Se le debe repetir las preguntas para que conteste muy insegura. No presenta malformaciones congénitas o limitantes físicas.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivos.

-Se dice creyente de la religión católica, nunca va a misa. Refiere que en su casa hay respeto y amor, cree estar bien con Dios, pero le apena grandemente ser madre soltera, cree estar en "pecado" por ello. No permite que nadie la toque, después de haber quedado embarazada.

Objetivos.

- Rechaza todo contacto físico, fue muy desconfiada. En su cuarto tiene imágenes de santos.

12.-Necesidades de trabajar y realizarse.

Subjetivos.

- Sólo trabaja en casa, actualmente, le preocupa mucho esta situación. No se siente satisfecha con el rol que juega en la familia, desea trabajar fuera de la casa cuando nazca el niño, para poder apoyar a su Papá económicamente. Tiene muchas dudas y temores antes sus expectativas al nacer su niño.

- Objetivos.

Se observa ansiosa y angustiada, al referirse a su hijo.

13.-Necesidades de jugar / Participar en actividades recreativas

Subjetivos.

Su pasatiempo favorito es tejer y ver televisión, no se siente satisfecha con sus actividades cotidianas, le provocan estrés, Conoce los recursos recreativos de su comunidad, pero no asiste a ellos.

Objetivos

-Rechaza las actividades deportivas, no le interesan. Se observa apática y aburrída.

14.- Necesidades de aprendizaje.

Subjetivos

- Su nivel de educación es de preparatoria. Ignora si existen cursos prenatales y la importancia de tomarlos. Ignora lo referente al cuidado del embarazo parto, puerperio y cuidados al recién nacido. Ignora la manera de atender y cuidar a su hijo.

Objetivos

- Se le observa con dudas. Las preguntas formuladas se le deben realizar dos veces y contesta con monosílabas. Insegura.

-Expresa deseo para participar en cursos para aprender en su cuidado y el de su hijo.

6.3.- JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

La siguiente jerarquización de necesidades, es de acuerdo a la valoración de cada una de las necesidades detectadas de la paciente atendida y que requieren atención prioritaria para evitar riesgos reales y potenciales para la conservación de la salud de la madre y del hijo.

- Necesidad de evitar el peligro.
- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de Eliminación.
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de Comunicación
- Necesidad de Trabajar y realizarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de aprendizaje

- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas
- Necesidad de temoerregulación

6.4.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.-Necesidad de Evitar el peligro.

- Riesgo potencial de Toxemia grave relacionado con cifras tensionales de 140 / 90 y edema manifestado en cara, manos, y miembros inferiores, durante el último trimestre del embarazo.
- Deficiente autoestima relacionada con bajo autoconcepto manifestado por expresiones negativas de si mismas e inseguridad para enfrentar la maternidad con éxito.
-

2.-Necesidad de Oxigenación

- Alteración del patrón respiratorio relacionado con embarazo de 32 semanas manifestado por disnea y angustia.

3.-Necesidad de nutrición e hidratación

- Trastornos de la nutrición relacionados con la ingesta indebida de alimentos chatarra manifestado por aumento de peso y pesantez.
- Deficiente educación nutricional relacionada con la ingesta de alimentos mayor a la necesaria, manifestando por incremento de presión arterial.

4.-Necesidad de eliminación

- Riesgo potencial de alteración de la barrera protectora del medio vaginal por los cambios anatomofisiológicos y hormonales del embarazo.

5.-Necesidad de Reposo y sueño

- Deficiente conocimiento de la importancia del sueño pleno y descanso en el embarazo.
- Deficiente descanso y sueño relacionado con insomnio, manifestados por nerviosismo, angustia y cansancio.

6.- Necesidad de Comunicación

- Deterioro de la interacción social con su entorno, relacionado por ser madre soltera incrementado a una educación tradicional restrictiva, manifestado por inseguridad, apatía aburrimiento y sentimientos de rechazo de su entorno familiar y social.

7.- Necesidad de trabajar y realizarse.

- Deficiente autorrealización relacionado con el rol que juega en la familia, y temor al futuro económico personal y de su familia, manifestado por deseos de trabajar fuera de casa.

8.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores

- Sufrimiento espiritual evidente relacionado con la separación de lazos religiosos y ser madre soltera manifestado por angustia, culpa y temor.

9.- Necesidad de Aprendizaje

- Deficiente conocimientos para el uso de recursos sanitarios disponibles y para la prevención de riesgos así como la conservación de la salud manifestado por desconocimiento de los procesos de atención a su salud.

10.- Necesidad de moverse y mantener buena postura

- Intolerancia a la estimulación y actividades físicas, relacionadas con nulo hábito para realizarlas, manifestado por cansancio y fatiga rápida.

11.- Necesidad de vestir ropa adecuada

- Déficit de autocuidado para vestirse adecuadamente, relacionado con poca motivación hacia el embarazo manifestado con apatía e indiferencia a su imagen personal

12.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel

- Déficit de autocuidado para prácticas de higiene diarias relacionado con prácticas rutinarias de hábitos de baño y cambio de ropa completa cada tercer día.

13.- Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas

- Déficit en la práctica de actividades recreativas cotidianas, relacionado con su condición de madre soltera manifestado por desinterés, apatía y aburrimiento para asistir a las actividades ofrecidas en su comunidad.

14.- Necesidad de termorregulación

- Riesgo potencial de alteración del patrón termorregulador relacionado con la nula adecuación de las habitaciones, para mejorar el clima ambiental manifestado por las constantes bajas de temperatura en las habitaciones de la casa.

7.-PRESENTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería.

- Riesgo potencial de Toxemia grave relacionado con cifras tensionales de 140 / 90 y edema manifestado en cara, manos, y miembros inferiores, durante el embarazo sin evolución satisfactoria.
- Baja Autoestima relacionada con conductas indecisas e inseguras manifestadas por expresiones negativas de si misma e inseguridad de ser competente y enfrenar la maternidad con éxito.

Objetivos:

- Prevenir complicaciones como la Toxemia grave.
- Disminuir cifras de presión arterial y el edema en cara, manos y pies matutino, de esta etapa gestacional.
- Comprometer a la paciente para su autocuidado.
- Elevar la autoestima de la paciente.
- Capacitarla física y emocionalmente para adquirir seguridad en si misma y en su entorno.

Acciones independientes

- Informar a la paciente de la magnitud de la situación de su salud. Ya que estos signos detectados después de la semana 26 del embarazo son crónicos. Lo ideal es que se detecte la hipertensión incluso antes del embarazo.
- Establecer entrevista con carácter de urgencia con su familiar cercano (su Papá). Que la acompañaba. Enterándolo también de la magnitud del estado de salud de su hija y de la importancia del entorno familiar y su apoyo para el seguimiento del tratamiento medico dietético establecido.
- Gestionar consulta urgente con el médico especialista para su tratamiento en embarazo de alto riesgo, para establecimiento del tratamiento. Ya que las acciones de enfermería se derivan del tratamiento médico:
- Capacitar ala paciente en signos y síntomas de alarma. Y del peso ideal para la paciente.
- Comprometer a la paciente y sus familiares en el tratamiento y seguimiento de su atención.
- Reafirmar la importancia que representa su participación en su tratamiento.
- Establecer consultas de control 3 veces a la semana, definiendo, entre ambas, los días preferentes.
- Valorar en cada consulta, presión arterial. Edema, revisión ginecológica como los son: crecimientos y altura del fondo uterino, altura de la presentación, auscultación de presencia y características de foco fetal, movimientos fetales, presencia y características de escurrimiento transvaginal, peso y talla.

- Capacitar a la paciente para la preparación de su dieta y le proporciona una dieta ideal para su seguimiento cada semana que contemple las tres comidas del día.
- Rectificar a la importancia de su descanso y sueño plenos.
- Hacer hincapié sobre el apego al tratamiento farmacoterápico retroinformando las indicaciones prescritas por el médico.
- Capacitar de la forma para solicitar consulta en urgencias, en consulta externa tanto personalmente como vía telefónica.
- Revisar y / o establecer esquema de vacunación.
- Solicitar exámenes de control de laboratorio: BH, EGO, Química sanguínea, albúmina, creatinina, tipología sanguínea, citología vaginal.
- Instruir a la paciente sobre cómo tomarse la temperatura, pulso, respiración y sobre todo presión arterial. Así como reportarlos en forma oportuna.
- Capacitarla física y emocionalmente para adquirir seguridad en si misma y en su entorno.
- Gestionar actividades con grupos de trabajo en equipo.
- Capacitarla en el cuidado durante el embarazo, parto y puerperio así como el cuidado del recién nacido.
- Proporcionarle tareas, responsabilidades y actividades fáciles de lograr, e ir dando tareas cada vez más difíciles a medida que progresa.
- Premiarle sus logros, aunque sean pequeños y dar retroalimentación sincera y adecuada por las expectativas logradas, tareas cumplidas, responsabilidades bien cumplidas. Etc.
- Involucrar a los familiares en las actividades de integración grupal y reforzamientos.
- Fomentar trato amable, considerado y cariñoso entre los miembros de la familia.

Acciones Interdependientes.

El medico especialista:

- Establece plan de tratamiento paliativo para preclampsia leve: higiénico, dietético y terapéutico.
- Define cuidados en domicilio y consulta externa.
- Prescribe farmacoterapia en base a prueba de laboratorio de urgencia realizadas a la paciente. Valorando su seguridad biológica y física.
- Define plan de consultas de control en Embarazo de Alto riesgo.
- Define plan de atención y control en la Consulta externa de Materno Infantil 3 veces por semana.
- Define Consulta abierta en Urgencias al menor dato y signo de alarma.

El psicoterapeuta:

- Valora la situación de autoestima de la paciente.
- Determina plan terapéutico a seguir.

El Laboratorista:

- Su participación es importante porque toma las muestra de laboratorio y los procesa en forma eficiente y urgente.

Fundamentación

- La detección oportuna de riesgos potenciales determina una atención de calidad y segura, con resultados de evolución satisfactoria del embarazo y llegada al parto en óptimas condiciones.
- La práctica de buenas relaciones humanas intrafamiliares, trato considerado y amable entre sus miembros, favorece la autoestima así como la seguridad de la paciente.

Evaluación.

- Se espera la satisfacción de esta necesidad en forma total porque de la participación de todos (familia y equipo interdisciplinario) depende el éxito de la atención a la paciente y evitar la magnitud y trascendencia de esta situación. La presión arterial se mantuvo en 130 / 80, el edema disminuyó en manos, cara y últimamente lo presentó en pies y por la tarde, (mecánico) que con elevación de sus miembros inferiores disminuyó. Su embarazo evolucionó satisfactoriamente.
- Mejoro la autoestima de la paciente al crearle un ambiente idóneo con grupos de trabajo y familia, recibiendo cada vez reforzadores de su actuación logrando confianza y seguridad en si misma, al realizar practicas de relaciones humanas intrafamiliares y su autocuidado en las etapas de embarazo, parto, puerperio y el cuidado de su hijo.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería

- Alteración del patrón respiratorio relacionado con embarazo de 32 semanas manifestado por disnea y angustia.
- Riesgo tisular cardiopulmonar relacionado con restricción de caja tóraxica manifestado por aporte insuficiente de oxígeno.
- Deficiente intercambio gaseoso relacionado con el embarazo de 32 semanas con restricción de la caja tóraxica manifestado por dificultad respiratoria e inquietud.

Objetivo

- Aprender técnicas de respiración, relajación y adquisición de posturas correctas que faciliten el intercambio gaseoso.

Acciones independientes

- Capacitación en técnicas respiratorias, relajación y posiciones semifowler y fowler que favorecen la respiración.
- Se auscultan campos pulmonares para verificar la correcta inspiración y expiración así como la expansión de la caja tóraxica, presencia de tiro respiratorio, estertores e hipoventilación en las diferentes áreas de cada pulmón.

Acciones interdependientes

Con el especialista;

- Valoración de la capacidad respiratoria.
- Determinación del plan de terapia respiratoria necesaria.
- Determinación del plan de seguimiento para control respiratorio.

Fundamentación

El centro respiratorio esta situado en el tallo cerebral, ajusta la frecuencia y la profundidad de la ventilación para satisfacer las necesidades del organismo.

Durante el último trimestre del embarazo, el diámetro transversal aumenta 2 cm. y la parrilla costal se eleva por el crecimiento del útero crecido con rechazo superior de vísceras abdominales y tóraxicas, disminuyendo los campos pulmonares

La postura de la paciente debe facilitar una expansión pulmonar óptima.

Los ejercicios respiratorios restablecen en gran medida la función pulmonar y disminuye la dificultad respiratoria.

Evaluación.

- Las acciones realizadas en la paciente permitieron corregir el problema respiratorio y satisfacción de esta necesidad. Se logro realizar correctamente las técnicas demostradas de respiración, relajación, y adquisición posiciones adecuadas para facilitar la entrada y salida de gases a los campos pulmonares.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería

- Trastornos de la nutrición relacionados con la ingesta indebida de alimentos chatarra manifestado por aumento de peso y pesantez.
- Deficiente educación nutricional relacionada con la ingesta de alimentos mayor a la necesaria, manifestando por incremento de peso, presión arterial y aparición de edema en manos, párpados y pies.
- Riesgo potencial del desequilibrio de hidratos de carbono relacionado con el aporte mayor e innecesario de estos.
- Deficiente nutrición relacionada con la insuficiente ingesta de calorías manifestada por fatiga.

Objetivos

- Llevar a cabo patrones nutricionales que proporcionar educación a la salud con medidas de higiene nutricional adecuadas.
- Reducir peso corporal.
- Aumentar la ingesta de líquidos claros.
- Vigilancia y control del perfil de glucosa en sangre.

Acciones Independientes.

- Charlas sobre alimentos permitidos durante la etapa gestacional de la mujer.
- Vigilancia de peso corporal dos veces por semana.
- Seleccionar junto con la paciente los alimentos permitidos para planear la dieta ideal.
- Establecer nutrientes permitidos como lo son: verduras verdes preferentemente, frutas frescas, cereales, leche descremada, restringir carne de pollo, pescado, atún.
- Prohibir alimentos chatarra, refrescos en general, embutidos, enlatados, carne de res y de cerdo, quesos.
- Monitoreo de glucosa en sangre con digitopunciones controladas.

Acciones interdependientes.

Participación del Profesional de nutriología para:

- Valoración del Patrón nutritivo de la paciente
- .Asesoría de programa de nutrición para la paciente.

Fundamentación

- Son necesarios cambios de hábitos nutricionales en el embarazo para compensar el incremento en los requerimientos de nutrientes que exigen el crecimiento celular del producto y sus anexos.

Evaluación.

- Que la paciente verbalice la importancia de una alimentación adecuada durante el embarazo y se comprometa a llevar a cabo la dieta establecida, logrando reducción y mantenimiento del peso corporal cercano al ideal. Así como controlar su glucosa y la Tensión arterial en cifras permitidas.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería.

- Riesgo potencial de alteración de la barrera protectora del medio vaginal por los cambios anatomofisiológicos y hormonales del embarazo.
- Riesgo potencial de infección vaginal manifestado con salida transvaginal de secreción mucoide.

Objetivos.

- Detectar oportunamente cualquier alteración en los parámetros normales de la salida mucoide transvaginal de la paciente.
- Mantener características normales de la secreción mucoide transvaginal.

Acciones independientes.

- Capacitar a la paciente sobre características normales del fluido transvaginal durante el embarazo.
- Retroalimentar a la paciente en su higiene personal.
- Vigilar presencia de alteraciones en color, olor y síntomas de infección agregada.
- Gestionar en su momento, interconsulta con el médico especialista para valoración y aseguramiento de características normales del fluido transvaginal.
- Vigilancia de otras formas de eliminación para detección oportuna de alteraciones como las cantidades de ingesta y eliminación de agua, características de evacuaciones.
- Realizar control hídrico.

Acciones interdependientes.

- Intervención del médico especialista para valoración y aseguramiento de las características del fluido transvaginal de la paciente.
- Implementa su farmacoterapia para disminuir este riesgo.

Fundamentación

- Los cambios anatomofisiológicos del embarazo ocasionan alteración del pH del medio vaginal propiciando proliferación bacteriana y aparición de infección vaginal de la paciente.

Evaluación.

- Satisfacer esta necesidad aplicando las acciones independientes y dependientes asegurando abolir el riesgo de infección vaginal en la paciente.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de Enfermería.

- Deficiente conocimiento de la importancia del sueño pleno en el embarazo.
- Deficiente descanso y sueño relacionado con insomnio, manifestados por nerviosismo, angustia y cansancio.

Objetivos

- Satisfacer sus patrones de sueño de acuerdo a su estado grávido.

Acciones independientes.

- Capacitar a la paciente sobre los patrones y la importancia del descanso y sueño de la mujer embarazada.
- Establecer tiempo de descanso y sueño.
- Informar las técnicas y métodos adecuados para conciliar el sueño.
- Demostrar técnicas de relajación, mantener un ambiente tranquilo, sin dolores ni molestias.
- Comunicación con la paciente sobre aspectos que le generan inestabilidad: su vida personal, familiar, sus expectativas al futuro como persona y madre.
- Valorar calidad de sueño, no de número de horas, dificultad para dormirse por causas intrínsecas por algunas molestias físicas o extrínsecas de su entorno, si tiene frío que se arroje o si tiene calor por las noches, que se cubra con ropa ligera, algún ruido externo tratar de evitarlo.
- Valorar irritabilidad, nerviosismo, apatía, ansiedad, sentimientos de depresión: tristeza, fatiga, disminución del poder de concentración, confusión, alucinación, desorientación, pesadillas, aumento de la sensibilidad al dolor. Sonambulismo. Cuando existen estos datos como los antes mencionado la paciente no podrá alcanzar dormir y descansar satisfactoriamente, por ello es importante dejar que exprese su sentir y darle seguridad ante su situación y si no queda conforme recurrir a profesionales de la psicología que complete la plática y disminuyan ansiedad, irritabilidad estrés, etc.
- Sugerir que el descanso lo realice sobre su lado izquierdo para favorecer la circulación y oxigenación del binomio.

Acciones Interdependiente

Participación del Terapeuta

- Indicación de farmacoterapia específica para disminuir la ansiedad de la paciente y que favorezca un descanso y sueño más próximo a sus hábitos y costumbre.
- Implementa su plan de atención psicológica para disminuir factores que interfieran con su patrón de descanso y sueño.

Fundamentación

- La capacidad para mantener un equilibrio entre actividad y reposo requeridos durante el embarazo, afecta al equilibrio fisiológico y emocional.

Evaluación.

- Se logra satisfacer el patrón de descanso y sueño adecuadamente.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico de Enfermería.

- Deterioro de la interacción social, con su entorno familiar y ambiental relacionado por ser madre soltera incrementado a una educación tradicional restrictiva, manifestado por inseguridad, apatía, aburrimiento, y sentimientos de rechazo de su ambiente.

Objetivos.

- Mantener una óptima comunicación con su entorno que permita exteriorizar sus ideas, pensamientos, sentimientos y ser tratada como ser humana.

Acciones independientes

- Valorar estado de conciencia, humor, expresión verbal y no verbal, reconocimiento de sí misma.
- Valorar sus propios sentimientos ante esta situación problema.
- Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos, dándole tiempo a hablar, y hacer contacto visual.
- Lograr una relación de confianza con la paciente.
- Aceptar a la paciente como persona.
- Hacer expectativas claras de la paciente.
- Buscar alternativas y analizarlas, ayudándole a identificarlas.
- Tener comunicación con familiares allegados (Papá y su hermana) y pedir su participación en entablar comunicación fluida y positiva.
- Gestionar consulta con el Psicoterapeuta.

Acciones interdependiente

El psicoterapeuta:

- Valora la necesidad de interacción de la paciente con su entorno.
- Realiza un plan de atención y terapias de seguimiento necesarias.

Fundamentación.

Una comunicación eficiente y oportuna incrementa una relación de ayuda y de bienestar, asegurando un alto grado de equilibrio psicosocial.

Evaluación..

Lograr la satisfacción de esta necesidad de la paciente involucrando al núcleo familiar para el logro de este proceso.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de Enfermería.

- Deficiente autorrealización relacionado con el rol que juega en la familia, y temor al futuro económico personal y de su familia, manifestado por deseos de trabajar fuera de casa.
- Deficiente afrontamiento de situaciones familiares relacionado con su autorrealización, manifestado por angustia y temor al futuro personal y de su familia. Pero con muchos deseos de realizarlos.

Objetivo.

- Lograr que la paciente enfrente situaciones personales y familiares.
- Involucrar a la familia para apoyar los planes de realizaciones personales de la paciente.

Acciones independientes.

- Lograr una relación de confianza con la paciente.
- Valorar la situación de sentimiento y pensamientos y deseos de la paciente.
- Tratar de que exprese sus expectativas y planes de vida
- Apoyo y asesoría en las expectativas planeadas para poder enfrentar la nueva situación con la llegada de su hijo.
- Hablar con los familiares para que cooperen en los planes e intenciones de la paciente.
- Pedir apoyo para involucrarlos en los planes de la paciente.
- Motivarla para la realización de sus expectativas.

Acciones interdependientes.

El especialista:

- Valora la situación de salud que permita salir de su casa a trabajar..
- Determina plan terapéutico a seguir.

Fundamentación

- La etapa del adulto, es de 30 a 40 años es una etapa en que las personas son responsables del control de sus vidas, reconocen sus habilidades, establecido su mundo social y encontrado el modo de integrar sus necesidades.

Evaluación.

- Lograr que la paciente realice sus expectativas y planes temporales y definitivos y con esto enfrente las situaciones personales y familiares en forma adecuada para el logro de su autorrealización como persona y miembro de la familia. Se sienta útil.
- La paciente planeó con su Papá y hermana, lograr trabajar cuando naciera su hijo y así aportar económicamente recursos para apoyar a su papá en la economía del hogar. La participación de su hermana consistió en que cuidaría a su hijo en el tiempo que ella trabajará. Y con ello se sentiría mejor emocionalmente. Y logre su realización como persona.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de Enfermería.

- Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con preocupación respecto a la separación de lazos religiosos manifestado por angustia, inseguridad y temor, sobre todo por el embarazo inesperado.
- Deficiente práctica espiritual relacionada con sentimientos de culpa manifestada por malestar y angustia.

Objetivo.

- Lograr rescatar el apego a las creencias religiosas tradicionales para devolverle la seguridad y tranquilidad espiritual.

Acciones independientes:

- Lograr una relación de confianza con la paciente
- Valorar el grado de apego a las creencias religiosas y culturales de la paciente.
- Invitarla a reiniciar sus prácticas religiosas, asistiendo a misa en los días de su elección.
- Animarla a manifestar sus sentimientos relacionados con sus creencias religiosas.
- Explorar con ella las fuentes de su culpabilidad, ayudarle a aceptar sus decisiones, darle seguridad y confianza frente a su estado.
- Vigilar cambios a nivel de su comportamiento de culpabilidad, o de la agravación de la pérdida de su autoestima.
- En presencia de frustración, ayudarla a identificar la causa y permitirle y animarla a identificar sus necesidades.
- Anotar todo cambio a nivel de comportamientos de frustración de las etapas de pérdida y separación (de su pareja).

Acciones interdependientes

- No necesarias

Fundamentación

- Los seres humanos buscan la fe en la existencia de un ser celestial que los ayude en sus necesidades espirituales lo que se caracteriza por dependencia y reconocimiento a este ser.

Evaluación.

- Lograr restablecer la confianza, seguridad y tranquilidad espiritual de la paciente, con el reinicio de sus prácticas religiosas.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería.

- Riesgo potencial de déficit de autocuidado relacionado con el desconocimiento de formas de cuidado a la salud.
- Deficiente conocimiento para el uso de recursos sanitarios disponibles manifestado por desconocimiento de los procesos de atención a su salud.

Objetivos.

- Capacitar en los procesos fundamentales de autocuidado en las diferentes etapas de la vida así como los recursos de salud existentes.

Acciones independientes.

- Exponer todas las instituciones de salud existentes para la atención de la salud.
- Capacitar en cuidados necesarios durante la niñez, adolescencia, juventud, embarazo, parto y puerperio así como los cuidados necesarios al recién nacido.
- Promover su admisión en algún grupo de desarrollo humano.
- Promover su admisión en talleres para cuidados materno infantil.
- Platica sobre preparación de las mamas para la lactancia.
- Valoración y exploración del pezón para su preparación a la lactancia.
- Ejercicios para formar el pezón.
- Tipo de ejercicios durante el embarazo, ventajas.

Acciones interdependientes

- Participación en la capacitación y asesoría del:
Psicoterapeuta
Ginecólogo
Nutriólogo

Fundamentación

- El profesional de Enfermería debe salvar las barreras que impiden a la paciente a recurrir a los sistemas de salud para su autocuidado, cubriendo las necesidades educacionales necesarias para estas etapas, ya que son esenciales para un desarrollo de la terapéutica.

Evaluación.

- Lograr satisfacer la necesidad de conocimiento de los recursos existentes de cuidado a la salud así como los cuidados necesarios en las diferentes etapas de la vida. Y lograr ser promotora de salud dentro de su núcleo familiar.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería.

- Intolerancia a la estimulación y actividades físicas, relacionada con nulo hábitos para realizarlas manifestada por cansancio y fatiga rápida.
- Intolerancia a la actividad relacionado con aumento de talla y sedentarismo durante el embarazo, manifestado por dificultad respiratoria y fatiga de pequeños esfuerzos.

Objetivo.

- Mantener en actividad periódica el cuerpo de la paciente, para favorecer la circulación sanguínea y el tono muscular.
- Fomentar en la paciente con participación de familiares, rutinas de actividad física, como movimientos rítmicos de bajo impacto, flexión y extensión de extremidades caminatas cortas.

Acciones independientes.

- Valoración de capacidades físicas.
- Invitar a la paciente para la realización de actividades de gimnasia rítmica de bajo impacto.
- Estimular psicológicamente a la paciente en el beneficio que se obtendrá al adquirir tono y fuerza muscular necesarios en el trabajo de parto, parto y puerperio, que las molestias serán menores con una buena condición física.
- Demostrar los ejercicios a realizar. Y realizarlos gradualmente.
- Invitar a los demás miembros de la familia a la participación en estas pequeñas rutinas.
- Valoración del impacto de las actividades en la embarazada.
- Valoración del impacto emocional del núcleo familiar.

Acciones interdependientes.

Del Médico especialista:

- Valorar la condición física de la paciente.
- Realiza y autoriza plan de rutinas.
- Determina consultas de control del impacto de las actividades.

Fundamentación.

- El mantener un dinamismo muscular favorece la actividad circulatoria así como la obtención de una actitud emocional positiva de la paciente, reflejada en cambios de conducta, obtención de hábitos al ejercicio, e integración del núcleo familiar.

Evaluación.

- Lograr la satisfacción de esta necesidad y obtener un impacto positivo de resultados tanto físicos como emocionales e integración del núcleo familiar.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de Enfermería.

- Déficit de autocuidado para vestirse adecuadamente relacionado con poca motivación hacia el embarazo manifestado con apatía e indiferencia a su imagen personal.
- Deterioro de la imagen personal relacionado con el uso de ropa común, manifestado por ser muy justa para su talla actual.

Objetivo.

- Aceptar su embarazo y los cambios físicos como normales.
- Fomentar independencia para su arreglo personal.
- Motivar a mejorar la imagen personal durante esta etapa de su vida
- Vestir con ropa adecuada a esta etapa de su vida, según sus creencias y costumbres.

Acciones Independientes

- Lograr una relación de confianza con la paciente.
- Valorar sus creencias y costumbres de forma de vestir en esta etapa del embarazo.
- Detectar factores que ocasionan su forma de vestir actual, gusto, preferencia y economía.
- Determinar costos reales para adquirir la ropa adecuada.
- Apoyarla en la selección de la ropa adecuada a su gusto y economía.
- Motivarla por el cambio de imagen.
- Establecer la forma de vestir adecuado para su estado gestacional.
- Asesoría para determinar uso de prendas adecuadas

Acciones interdependientes

- No necesarias

Fundamentación

- La independencia en actividades personales es una característica de la mujer adulta madura. El fomentar estas actividades favorece para el logro del proceso de maduración emocional así como adquisición de seguridad con su entorno y confianza en sí misma

Evaluación.

- Lograr mejorar su imagen personal y motivar a la paciente en esta etapa de su vida para la aceptación del embarazo y sus cambios físicos normales, a la vez se sienta cómoda física y emocionalmente con su ropa de vestir.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería.

- Déficit de autocuidado para prácticas de higiene diarias relacionado con prácticas rutinarias de hábitos de baño y cambio de ropa completa cada tercer día.

Objetivo

- Fomentar la práctica de higiene diarios, demostrando la importancia de baño y cambios de ropa completa.

Acciones independientes.

- Platicas en cada consulta de la importancia del baño y cambio de ropa diarios, para la conservación de su piel y mucosas libres de microorganismos infecciosos.
- Insistir en la realización de ejercicios que favorezcan la buena circulación central y periférica. Así como cambios de posición para evitar zonas de presión venosas por ejemplo en miembros inferiores.
- Comentar en cada consulta cualquier alteración de mucosas y piel.
- Insistir que los artículos de baño deben ser personales (jabón, cepillo, estropajo y toalla).
- Cuidar las estrías del abdomen y lubricarlas con cremas suaves e hidratantes.
- Fomentar el uso de medias elásticas como en este caso que padece de venas varicosas en miembro inferior izquierdo.
- Usar ropa adecuada la embarazo, preferentemente usar blusones y pantalones holgados.

Acciones interdependientes.

Medico especialista:

- Valoración del estado de la circulación periférica de la pierna izquierda.
- Plan de tratamiento medicamentoso y de ejercicios.
- Plan de consultas para su control.

Fundamentación

- Los hábitos de baño y cambio de ropa personal diariamente favorecen la conservación de la salud disminuyendo riesgos potenciales de trastornos de esta.

Evaluación.

- Se Logro satisfacer la necesidad de higiene y protección de tegumentos en forma optima, con el cambio de hábitos de higiene diarios.

NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Diagnóstico de Enfermería.

- Déficit en la práctica de actividades recreativas cotidianas, relacionado con nulo hábito para realizarlas manifestado por desinterés, cansancio, apatía y aburrimiento para asistir a las actividades ofrecidas en su comunidad.

•

Objetivo.

- Fomentar el hábito de jugar y participar en actividades recreativas

Acciones independientes.

- Enseñar diversos juegos de mesa.
- Motivar a la participación activa en los juegos demostrados.
- Fomentar a coordinar y dirigir juego de mesa, chistes y cantos.
- Fomentar el gusto para escuchar música agradable y de su preferencia
- Realizar ejercicios de relajación mental.
- Realizar sesiones de lecturas comentadas de temas tópicos actuales con participación grupal familiar.

Acciones interdependientes

- No necesarias

Fundamentación.

- Los hábitos de juegos y actividades recreativas favorecen la integración familiar y mejora la salud mental para la paciente.

Evaluación.

- Se logra satisfacer esta necesidad encubierta logrando mejora en la salud mental de la paciente y de su familia favoreciendo lazos afectivos entre ellos.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería.

- Riesgo potencial de alteración del patrón termoregulador relacionado con la nula adecuación de las habitaciones, para mejorar el clima ambiental manifestado por las constantes bajas de temperatura en las habitaciones en época de frío y exceso de calor en época de primavera y verano de la casa.

Objetivo.

- Fomentar cuidados a la salud en las diferentes épocas del año con cambios de temperatura ambiental significativos.
- Fomentar la creatividad para el acondicionamiento y adecuación de la vivienda en las diferentes épocas del año.

Acciones independientes.

- Demostrar el uso de los recursos disponibles para cubrir puertas y ventanas en época de frío, con el recurso existente en el entorno y de bajo costo.

Acciones interdependientes

- No necesarias

Fundamentación

- El cuidado a la salud en cuanto al patrón termoregulador es necesario para evitar complicaciones del equilibrio homeostático del organismo.

Evaluación.

- Se logró cubrir la necesidad termoreguladora de la paciente en forma exitosa.

8.- PLAN DE SEGUIMIENTO EN EL HOGAR

Objetivos

- Proporcionar y dar a conocer a la paciente y a sus familiares más allegados, el seguimiento de cuidados que continuarán hasta el término del embarazo, parto y puerperio de Ana para prevenir complicaciones y la llegada a estas etapas en óptimas condiciones.
- Proporcionar a la paciente independencia y seguridad al participar en su autocuidado en la detección de sus necesidades.
- Comprometer e involucrar a la paciente y familiares allegados, en el tratamiento específico de seguimiento en casa.

NOTA IMPORTANTE.-Este plan es de seguimiento y apego estricto a actividades consideradas como importantes y necesarias en tanto se encuentre la paciente embarazada y podrán suspenderse y / o suplirse por el tratamiento de la situación del momento, o que ocurra el parto y el puerperio en forma satisfactoria para la madre y el hijo.

- Es importante, además, no faltar a ninguna de las citas programadas.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL HOGAR

Necesidad de evitar peligros:

- Hacer cada una de las siguientes actividades cada día a la misma hora como:
 - Realizar glucosa capilar cada tercer día, anotarlos y presentarlo en cada consulta.
 - Tomarse la temperatura axilar (normal 37 °C) pulso (normal 60-120 X'). Y anotarlos y presentarlo en cada consulta, si excede a 37°C acudir al servicio de urgencias.
 - Tomarse la presión arterial dos veces al día y anotarla, en caso de cifras mayores a 130/ 90 reportarlo a la enfermera o presentarse a Urgencias.
 - Observar aumento del edema en cara, manos y pies. Al aumento importante presentarse al servicio de Urgencias.
 - Vigilar la aparición de zumbido de oídos, ver manchas o centellas así como dolor abdominal. Y/ o presentarse al servicio de urgencias ante la aparición de estos.
 - Vigilar y reportar aumento o disminución de los movimientos fetales. En la disminución de movimientos fetales, debe asistir al servicio de urgencias del hospital.
 - Informar o reportar a la enfermera cualquier actitud o situación de cambio de conducta de la paciente.
 - Siga, por favor, al pie de la letra las indicaciones anotadas y las cuales le proporcionó el médico en la receta de prescripción de sus medicamentos. Estos medicamentos son exactamente los que UD necesita para llegar a término de su embarazo en forma satisfactoria. Es necesario no omitir ningún horario indicado.

- Favorecer la autoestima de cada uno de sus familiares y especialmente de UD.
- No se arriesgue.

Necesidad de oxigenación:

- Continuará realizando los ejercicios de respiración y relajación en el horario y la forma establecida.
- Se evitarán actividades que produzcan molestias o cansancio extremo
- Evitará vestir ropa ajustada. Se recomienda ropa holgada y adecuada a la temperatura ambiente.
- Cuando realice reposo en cama debe hacerlo en posición lateral izquierdo (esto, facilita la circulación del útero a la placenta, beneficiando la oxigenación del feto).

Necesidad de Nutrición e hidratación:

- Consumir sólo la dieta seleccionada, que será a base de: leche descremada, yogurt, queso, verduras verdes frescas, frutas frescas en poca cantidad, jugos de fruta, pollo hervido sin piel, pescado fresco, (de acuerdo a la dieta guía proporcionada).
- Seguir la rutina de horarios para cada comida.
- Ingerir 8 vasos de agua al día.
- Evitar comidas saladas.
- Evitar alimentos enlatados, refrescos, papas fritas, galletas saladas).
- Consumir alimentos con fibra.

Necesidad de eliminación:

- Vigilar la cantidad y características de la orina diariamente, anotarla y reportarla a la enfermera.
- Vigilar cantidad y características de las evacuaciones.
- Vigilar peso diariamente y anotarlo, y en cada consulta presentarlo a la enfermera o al especialista. No olvidarlo. Pesarse siempre a la misma hora, con la misma cantidad de ropa y en la misma báscula.

Necesidad de descanso y sueño:

- Use ropa cómoda y holgada así como apropiada para la época del año. Se evitarán actividades que produzcan molestias o cansancio extremo.
- Tener 2 periodos de reposo durante el día, de 90´.
- Efectuar el reposo en cama en posición lateral izquierdo (esto, facilita la circulación del útero a la placenta, beneficiando la oxigenación del feto).
- Elevar las piernas mientras descansa.
- Al incorporarse hacerlo sentándose primero durante un rato y posteriormente y si no hay mareo, incorpórese totalmente.

Necesidad de comunicarse:

- Si tiene alguna duda por favor hacerlo saber oportunamente a la enfermera o médico tratante,

-Seguir realizando las reuniones familiares y retroalimentar aspectos emocionales y psicosociales de cada miembro de la familia para favorecer la integración familiar.

- Siga practicando comunicación cálida y amable. Así como frases cariñosas con cada miembro de su familia. Así UD también las seguirá recibiendo.

Necesidad de trabajar y realizarse:

- Retroalimentar aspectos emocionales y psicosociales de cada miembro de la familia para favorecer la integración familiar y apoyo a las actividades cotidianas.

Necesidad vivir según sus creencias y valores:

- Es necesario que UD. esté tranquila y en paz consigo misma, si tiene la necesidad de acudir a su centro religioso, por favor acuda con un familiar de preferencia, ya que tal vez encontrará la paz espiritual que necesita.

- Trate de escuchar música suave y agradable durante 30 minutos ya sea de día o de noche como UD lo prefiera, esto la relaja y le da paz espiritual.

Necesidad de aprendizaje:

Si tiene alguna duda sobre los aspectos aprendidos en sus cursos de:

-desarrollo personal.

-educación nutricional.

- educación higiénica.

-de atención al recién nacido.

Por favor hacerlo saber oportunamente a la enfermera, para su retroalimentación y bienestar personal. No dude.

Necesidad de moverse y mantener la buena postura :

- Use ropa cómoda y holgada así como apropiada para la época del año.

- Continuar con rutina de actividad física diaria (caminata lenta durante 30´)

- Continuar con rutina de movimientos de piernas, brazos y cabeza) para favorecer la circulación sanguínea y tono muscular, (15´ diarios).

- Realizar actividades ligeras, como, cocinar, quitar el polvo, poner y recoger la mesa, lavar trastes, hacer camas. En forma pausada.

Se evitarán actividades que produzcan molestias o cansancio extremo.

- No debe levantar objetos pesados desde el suelo.

- Subir escaleras en forma lenta y pausada.

- No es recomendable viajar.

- No es conveniente por ahora, realizar cualquier trabajo fuera de casa, pues se pondría en riesgo a la aparición de cualquier signo de alarma.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

- Use ropa cómoda y holgada así como apropiada para la época del año.

- Realice cambio de ropa exterior e interior diariamente.

- Seleccione UD sola, la ropa que vestirá.

- Trate de vestirse y desvestirse, UD sola.

Necesidad de higiene y protección de la piel:

- Use ropa cómoda y holgada así como apropiada para la época del año.
- Realice baño diario en el horario que más le agrade.
- Realice cambio de ropa exterior e interior diariamente.
- Pretéjase del frío.

Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.

- Continúe realizando actividades que le agraden y que le aporten esparcimiento como: escuchar música, juegos de mesa, pláticas agradables, etc. Lo que le agrade preferentemente.

Necesidad de termorregulación:

- Proteger y mejorar el clima en las habitaciones de la casa, cubriendo puertas y ventanas con el recurso disponible en caso de frío; cubrir con mantas, plástico, papel etc.
- En época de calor, mantener la habitación fresca y limpia.
- Evitar corrientes de aire, pues ponen en peligro la salud respiratoria.

MEDICACIÓN.

Se revisará, cuidadosamente los medicamentos incluyendo nombre, acción, aplicación, dosis, efectos secundarios y precauciones específicas, los que se comentarán a la paciente y familiares:

Diacepam.

Acción.- Derivado de la benzodiacepina. Sedante que produce relajación mental. Relajante del músculo esquelético. Anticonvulsivo cuando se administra por vía IV.

Aplicación.- Para estados de ansiedad y tensión.

Dosis.- de 2 a 5 mgs por vía bucal dos veces al día.

Efectos secundarios.- Somnolencia, fatiga, ataxia, hipotensión, ligera confusión, ligera alteración visual, estreñimiento, riesgo de dependencia. A la interrupción del medicamento puede aparecer vómito, calambres y a dosis elevadas produce calambres musculares y convulsiones.

Precauciones específicas.-Se recomienda administrar la mayor parte de la dosis diaria (2/3) por la noche y la tercera parte restante por la mañana. Las madres que amamantan y que toman dosis elevadas o repetidas (más de 10 mgs al día) deben dejar de amamantar a su hijo).

Nifedipina.

Acción.- Antagonista del calcio que impide el transporte de iones de este elemento hacia el interior de las células durante la despolarización de modo que mejora la provisión miocárdica de oxígeno y reduce el trabajo del miocardio al disminuir la carga ulterior o poscarga.

Aplicación.- Profilaxis y tratamiento de la angina de pecho. Hipertensión.

Dosis.- 10 mgs por vía bucal tres veces al día.

Efectos secundarios.- palpitaciones, taquicardia, bochornos, mareos, debilidad
Precauciones específicas.- Se recomienda no sustituir las cápsulas por tabletas o viceversa. El medicamento debe protegerse de la luz directa del sol.

Acidoacetilsalicílico.

Acción.- Analgésico, antiinflamatorio, antipirético al incrementar el flujo sanguíneo por la piel y producir sudación, inhibe la biosíntesis de prostaglandinas, mediadores importantes del proceso inflamatorio, reduce la adhesividad plaquetaria, incrementa el tiempo de sangrado.

Aplicación.- Alivio de dolor no visceral leve a moderado, cefalalgia, jaqueca, artralgias, mialgias, enfermedades febriles agudas, dismenorrea, gota, tratamiento antiplaquetario.

Dosis.- 1 mgs / Kg. / día.

Efectos secundarios.- Náuseas, vómitos, dispepsias, hemorragias y ulceraciones gástricas, zumbidos, mareos y sordera temporal, sudación, reacciones de hipersensibilidad, aumento del tiempo de sangrado, trastornos del equilibrio acidobásico.

Precauciones específicas.- Es importante investigar previamente si el paciente es hipersensible al medicamento, debe tomarse con los alimentos o después de estos. Los preparados efervescentes solubles se disuelven en medio vaso de agua para su absorción más rápida. Conservar el envase cerrado y a prueba del aire.

Metildopa.

Acción.- Actúa principalmente al inhibir los impulsos simpáticos de origen central.

Aplicación.- Hipertensión leve, moderada o grave, crisis hipertensivas agudas.

Dosis.- 250 mgs por vía bucal, tres veces al día.

Efectos secundarios.- Somnolencia, cefaleas, debilidad transitoria, edema, aumento de peso, hipotensión postural, bradicardia, congestión nasal, anemia hemolítica, prueba de Coombs directa positiva.

Precauciones específicas.- Vigilar las presiones arteriales sistólicas y diastólicas en posiciones supina y erguida, vigilar oliguria, aumento de peso.⁵¹

⁵¹ Op cit p. 57-151

10.-CONCLUSIONES

Este proceso de atención de enfermería me dio la oportunidad de conocer y palpar en una forma más objetiva y real, las necesidades de la paciente atendida.

La atención sistematizada y organizada como la que se da mediante el manejo del proceso de atención de enfermería, nos da la oportunidad de dar una atención con profesionalismo y de calidad en los pacientes atendido.

El acercamiento al paciente y su núcleo familiar cambia expectativas y visión sobre la atención de enfermería que hasta ahora se brinda

Con frecuencia, experiencias tales como: la ira, la frustración, la apatía, la confusión, la incertidumbre, el conflicto, el llanto, la angustia, observadas en nuestros paciente, se pueden interpretar teórica y analíticamente con rapidez, clasificarlas y desecharlas. Y eso es lo que con frecuencia, hacemos con nuestros pacientes.

El hecho de examinar y reexaminar el contexto de la situación en que se dan esas experiencias proporciona información que puede producir conocimientos.

El interés de la enfermería no se debe centrar únicamente en el bienestar de una persona, sino en su existir más pleno, ayudándola a ser lo más humanamente posible en un momento particular de su vida como en el caso de la paciente presentada..

Como ya lo he mencionado en otro apartado, las complicaciones fisiológicas de esta paciente fueron consecuencia de los factores de riesgo que presento, como el estrés y la angustia, lo que la llevo a generar complicaciones reales y de riesgo y que sin un tratamiento oportuno, preventivo específico y continuo puede tener un desenlace fatal.

La metodología empleada en esta ocasión fue adecuada, pues observé muy buena respuesta de la paciente y su familia.

En la paciente se observó un cambio significativo sobre todo de actitudes positivas ante la vida, se interesa más por ella, por la conservación de su salud, "por su chiquito dice ella", se le observa más interesada por el entorno familiar, y desea buscar trabajo, antes de que nazca el niño, en lo que sea dijo Ana, aún lavando trastes, para poder apoyar en los gastos que se le avecinan y poder aportar en los gastos de la casa. Tuvo expectativas de vida.

Enfatizo que el uso y manejo del Proceso de atención de Enfermería me dio la oportunidad de conocer toda la sistematización de cuidados basados con fundamentación científica.

Confirmando que organizar y sistematizar los cuidados a los pacientes en cualquier nivel de atención, nos hace actuar de un modo profesional y con calidad.

El acercamiento personal e individualizado con el paciente hace sentir que realmente se está dando una atención humanista. Y es ese, que justifica este trabajo y que es un ser humano ayudando a otro ser humano, en un contexto holístico.

11..-SUGERENCIAS

Que este Seminario taller de Proceso de atención de Enfermería se incluya dentro de las materias del programa de la carrera de la Licenciatura de enfermería y obstetricia, en forma específica.

Es necesario que la atención de enfermería de todos y cada uno de los pacientes se realice aplicando el Proceso de atención de enfermería, pues las enfermeras tenemos que crecer personal y profesionalmente. Y nuestros pacientes merecen atención a su salud humana y de calidad

Que la Licenciada en enfermería y obstetricia promueva en forma más significativa el Proceso de atención de enfermería en todas las instituciones de salud.

Sugiero que durante la etapa de prácticas clínicas, participemos con actividades docentes en forma coordinada con el departamento de enseñanza, en sesiones de enseñanza continua para dar a conocer el Proceso de atención de Enfermería en forma de curso taller.

GLOSARIO

ABORTO.- Pérdida del reducto de la concepción antes de que sea viable, menor de 500 grs. De peso y 20 semanas de gestación a partir de la fecha que se dejó de menstruar.

ANURIA.- Supresión o disminución de la secreción de la orina.

ANALGESIA.- Abolición de la sensibilidad al dolor.

ALBUMINURIA.- Presencia de albúmina en la orina.

ACÚFENOS.- Sensación auditiva anormal que en general es percibida solamente por el sujeto.

ANTEFLEXIÓN.- Curvatura anormal angular hacia adelante.

APENDICETOMÍA.- Extirpación quirúrgica del apéndice vermiforme.

APTO.- Hábil a propósito para hacer algo. Capaz

BARBITÚRICOS.- Cada uno de los medicamentos derivados del ácido barbitúrico o malonilurea. Tiene propiedades sedantes, hipnóticas, anestésicas y anticonvulsivas.

CESÁREA.- Extracción del feto, sus membranas y placenta a través de una incisión en el segmento inferior del útero, sin atravesar la cavidad abdominal.

CIANOSIS.- Coloración azul de la piel y mucosas especialmente la debida a alteraciones cardíacas, causa de la oxigenación insuficiente de la sangre.

COMA.- Estado de disminución del nivel de conciencia de intensidad variable por afectación orgánica o metabólica del sistema nervioso central.

CÁNULA DE GUEDEL.- Tubo de calibre y forma variable abierto por ambos extremos que se utiliza en una abertura natural o artificial del cuerpo. De Guedel para apoyar al paciente y facilitar la respiración, abatiendo la lengua.

CATECOLAMINAS.- Nombre genérico de las aminas, derivadas del catecol. La más importante es la adrenalina y noradrenalina y predesor la DOPA de acción simpaticomimética.

CENSURAR.- Formar juicio de una obra. Corregir.

CILINDRURÍA.- Presencia de cilindros en la orina.

CONVICCIÓN.- Convencimiento, creencia firme.

CONCEPCIÓN.- Comienzo del embarazo en el momento que el espermatozoide entra en el óvulo.

DESTROFLEXIÓN.- Doblado hacia el lado derecho.

DIABETES MELLITUS.- Término genérico que se refiere a un grupo de afecciones caracterizadas por una excesiva orina y sed intensas.

DISNEA.- Dificultad para respirar.

DIAFRAGMA.- Extensión, parte u órgano con funciones de tabique.

DIURÉTICO.-Agente o medicamento que aumenta la secreción de orina.

EXPLORACIÓN.-Acto de investigación o examen con instrumental apropiado o sin él a órganos internos especialmente.

EDEMA.- Acumulación excesivo de líquido subcutáneo y espacio intersticial en el tejido celular, debido a diversas causas.

EPISTÓTONOS.- Forma de espasmos tetánicos que llevan la cabeza y los pies hacia delante en una actitud que recuerda la del feto en el claustro materno.

EPILEPSIA.- Afección crónica caracterizada por crisis recurrentes debida a una descarga EXCESIVA de las neuronas cerebrales asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas.

ESTRATO.- Cada una de las capas superpuestas de un tejido orgánico como en la epidermis.

EXPULSIÓN.- Evacuación del contenido normal o patógeno, de un órgano o conducto por las propias fuerzas contráctiles y naturales de estos últimos.

ESTREÑIMIENTO.- Retención de la materia fecal, constipación, obstrucción.

FOSFENOS.- Sensación luminosa producida por presión del globo ocular.

GESTACIÓN.- Embarazo, preñez.

HOMEOSTÁSIA.-Tendencia al equilibrio o estabilidad orgánica en la conservación de las constantes fisiológicas.

HIPOXIA.- Deficiente oxigenación.

HIPERTROFIA.- Desarrollo exagerados de los elementos anatómicos de una parte u órgano, sin alteraciones de su estructura.

HIPERPLASIA.- Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos.

HEMOCENTRACIÓN.- Disminución del volumen plasmático sin modificación del número de células hemáticas, de donde resulta un aumento relativo del número de ellas por milímetro cúbico.

HEMOLISIS.- Desintegración o disolución de los corpúsculos sanguíneos, especialmente de los hematíes.

HEMATURIA.- Emisión por la uretra de sangre pura o mezclada con orina.

HISTERIA.- Psiconeurosis que presenta diversas formas clínicas de neurosis y psicosis.

INSPECCIÓN.- Examen detenido en general especialmente el que se efectúa por medio de la vista.

INCENTIVO.- Lo que incita o mueve a una cosa.

INGURGITACIÓN.- repleción, obstrucción, inflamación de tejidos o conductos.

INTERACCIÓN.- Influencia recíproca.

INTRÍNSECO.- El que tiene de por sí, a diferencia del convencional.

INEPTO.- No apto a propósito para algo.

INTROSPECCIÓN.- Examen del alma por sí mismo.

ISTMO.- Paso estrecho que conecta dos cavidades o porciones más estrechas de una parte u órgano.

ISQUEMIA.- Detención de la circulación arterial en una parte y estado consecutivo de la misma.

MENARCA.- Es la primera menstruación en la mujer.

METABOLISMO.- Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o en las que ellos se forman.

MENSTRUACIÓN.- Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina por lo cual se elimina parte de mucosa uterina de flujo sanguíneo y moco.

MESENQUIMATOSO.- Alguna superficie u órgano con tejido embrionario que forma la mayor parte del mesodermo y del que derivan los tejidos conjuntivos y vasos sanguíneos y linfáticos.

MOTIVO.- Causa y razón que mueve para una cosa.

NECROSIS.- Mortificación de un tejido en general.

NEUROPATÍA.- Afección nerviosa en especial la degenerativa.

OLIGURÍA.- Secreción deficiente de la orina.

PALPEBRAL.- Músculo orbicular de los párpados.

PASIVO.- que padece la acción sin obrar.

PSICOSIS.- de los trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presentan desorganizaciones profundas de la personalidad.

PUERPERAL.- al puerperio o recién parida.

PLAQUETOPENIA.- disminución de la coagulabilidad de la sangre.

PLACENTA.- Órgano redondo y plano semejante a un pastel o torta, blando esponjoso, de grosor y tamaño variables, situado en el interior del útero.

RECEPTÁCULO.- Sitio donde se contiene cualquier cosa.

SEDACIÓN.- Producción de un efecto calmante.

TEMOR.- Alarma, inquietud, miedo.

TROMBOSIS.- Proceso de formación de un trombo y oclusión vascular por Éste.

VALOR.- Lo que vale una persona o una cosa. ⁵²

⁵² OCÉANO Diccionario de Medicina
Diccionario de Terminológico de Ciencias Médicas
Pequeño Larousse Ilustrado

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ALFARO-LEFEVRE Rosalinda. Proceso Enfermero Guía paso a paso. 4° ed. Francia. Ed. Spriger-Verlag Ibérica.1992. 274 p.
- 2.- BRUNNER Lillian Sholtis / Suddarth Smith Doris.Manual de la Enfermera 1° tomo. 4° ed. Ed. Interamericana. 288 p.
- 3.- BRANDEN Nathalie.La autoestima de la Mujer Desafíos logros en la búsqueda de una identidad propia. México, Buenosaires, barcelona. Ed. Paidós. 129 p.
- 4.- C. BETHEA Doris. Enfermería Materno Infantil. 4° ed. México, D.F. Ed. Interamericana.1988 250 p.
- 5.- CONALEP. Curso de Proceso de Atención de Enfermería. 1999.
- 6.- CHARLES E. McLennan / C. Sandberg Eugene.Compendio de Obstetricia México, D.F. Ed. Interamericana. 1990. 490 p.
- 7.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 13° ed. México. Ed. Salvat 1993. 1319 p.
- 8.- Del Equipo Editorial de la Revista Nursing. Manual de Problemas Esenciales en Enfermería. España.Ed. Mosby / Doyma Libros.1994. 397 p.
- 9.-FERNÁNDEZ Ferrín Carmen / Novel, El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos s. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. 1993 110p.
- 10.- G. PATERSON Josephine / T. Zderad Loretta. Enfermería Humanística. México. Ed. Limusa.1990. 201. p.
- 11.- HAVARD Margaret. Fármacos en Enfermería. 2° ed. México D.F. Traducido de la tercera edición en Ingles. Ed. Manual Moderno. 1992. 443 p.
- 12.- IMSS. Programa de desarrollo humano para personal directivo. 2000 150 p.
- 13.- LEONARD LOWDERMILK Deitra. Enfermería Materno Infantil. Barcelona. Ed. Harcourt / Océano. 2003 1462 p.
- 14.- MARRINER T. Ann. R.N., Ph.D. El Proceso de Atención de Enfermería México D.F. Santafé de Bogotá. Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V. 1995. 320 p.
- 15.----- Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería. Barcelona España.4° ed. Ed. Mosby-Doyma, 1998 340 p.

- 16.----- El Proceso de Atención de Enfermería Un Enfoque científico. México, D.F.Ed. Manual Moderno. 1983. 323. p.
- 17.- MURRAY Mary Ellen.Proceso de Atención de Enfermería .México D.F.Ed. Mc Graw Hill Interamericana.1994. 225 p.
- 18.- M. STIRRAT Gordon. Manual Clínico de Ginecología y Obstetricia. México.Ed. Mc Graw Hill.1990. 300 p.
- 19.- NANDA. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones. Madrid. Ed. Harcout. 2001-2002. 264 p.
- 20.- POTTER d.o/ M.B. Rose. Urgencias en Enfermería. México.Ed. interamerican. 1990. 871 p.
- 21.- RALPH C. Benson. Diagnostico y Tratamiento Gineco obstétrico. México, D.F. Ed. El Manual Moderno 1990. 555 p.
- 22.- RAMÍREZ ALONSO Félix. Obstetricia para la Enfermera Profesional. México D.F. Ed. El Manual Moderno. 2000. 552 p.
- 23.-SAN MARTÍN Hernán. Salud y Enfermedad 4° ed., México, Ed. La prensa Médica Mexicana S.A. 1981. 893 p.
- 24.- TUCKER MARTIN Susan / Canobbio / Vargo / Paquette / Wells. Normas de Cuidados del Paciente. 6° ed. Madrid, España. Ed. Harcourt/ Océano. 2002 1147 p.
- 25.-UNAM. Obstetricia I Temas Selectos específico de Enfermería. Impresión en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. México D.F. 2002. 235 p.
- 26.-MUNGUÍA, Zataran Irma / Salgado. Redacción e Investigación Documental. Sistema de educación a distancia. Universidad Pedagógica. SEP. 1982. 233 p.

ANEMOS

ENTREVISTA DE VALORACIÓN.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN ETAPA PRENATAL

NOMBRE DE LA PACIENTE.—ANA. EDAD.—32 AÑOS. PESO—82 kgs.—TALLA 1.52 MTS.
SEXO—FEMENINO. OCUPACIÓN.—AMA DE CASA. ESCOLARIDAD.—PREPARATORIA.
PROCEDENCIA.—D.F. FECHA DE ADMISIÓN— 22 DE OCTUBRE 2003. HORA DE
LLEGADA —11.30 HRS. FUENTE DE INFORMACIÓN— DE LA PACIENTE. MIEMBRO DE
LA FAMILIA / PERSONA SIGNIFICATIVA— SU PADRE.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES, DE VIRGINIA HENDERSON

1.- OXIGENACIÓN

Subjetivos:

¿Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? —si—

¿Fumaba usted antes de su embarazo?— No—

Si la respuesta es SI ¿cuantos cigarrillos al día? — DE 1 A 5 — DE 6 A 10 — DE 11 A 20— +
DE 21.

¿Hay en su casa uno o varios fumadores?— SI—

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias? Nunca — En alguna ocasión— SI—

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarlo durante su embarazo—NO—

Objetivo:

Registro de signos vitales.

Temperatura—36.5. Frecuencia cardiaca— 82 X´. Respiración— 22 X´. TA— 140 / 90

Estado de conciencia—Alerta. Coloración de piel / lechos unguiales / peribucal— en buen estado.

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Subjetivo:

Número de comidas diarias—3— ¿Come a horas regulares? SI. Precise horario- 8-14, 21 hrs.

¿Sigue UD una dieta especial? SI ¿De que tipo? Frutas, verduras, leche, poca carne, pan,
tortilla.

¿Sufre alguna alergia alimentaria o intolerancia? NO.

¿Tiene problemas de masticación y deglución?— NO

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Agua—1 litro. Té—500 mls. Café—300 mls.

Refrescos—No

¿Ingiere bebidas alcohólicas? No

¿Sabe que tipo de alimentación debe llevar para favorecer la lactancia? No.

¿Qué cantidad de líquidos? No.

DIETA HABITUAL

Alimentos	Diario	C/ 3er día	C/ 8 días	Esporádico	Nunca
Leche	X				
Carne		X			
Pescado			X		
Huevo		X			
Verduras			X		
Frutas		X			
Cereales				X	
Tortilla	X				
Chatarra	X				

Objetivo:

Turgencia de la piel, - Normal.

Membranas mucosas; Hidratadas— medianamente— secas—No.

Características de: Uñas.- bien conformadas— cabello.- en buen estado

Funcionamiento muscular y esquelético.- Con abundante tejido celular subcutáneo.

Aspecto de dientes.- con caries en tres molares superiores.

Heridas: Tipo—No— Localización—Tiempo de cicatrización—

3.- ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos Intestinales: evacuación; Normal – SI — Estreñimiento -No- Diarreas frecuentes. No

¿Toma algún laxante? No.

Orina; Normal SI ¿Con dolor? No. Menstruación; Frecuencia—cada 28 días. Duración 4 días. ¿Con dolor? No.

Fecha de la última menstruación: 07 DE Febrero 03. ¿Cuántos hijos ha tenido?- ninguno.

¿Abortos? - ninguno. Inicio de vida sexual activa-a 20 años.

El estrés le ocasiona diarrea? No

¿Se siente incomoda cuando suda abundantemente? SI

¿Por secreciones vaginales? SI

¿Conoce las características de sangrado durante el embarazo, prodromos de trabajo parto, y en el puerperio? NO

Objetivos:

Abdomen / características: altura del útero- a 30 cm de sínfisis púbica. Hipercontractilidad.- NO

Ruidos intestinales- no audibles. Globo vesical – NO.

Genitales.- algún escurrimiento – No.

4.- TERMORREGULACIÓN.

Subjetivos

¿La casa que habita es ¿ fría- si

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa? SI A VECES.

¿Es UD sensible a los cambios de temperatura? SI

Cuando cree que tiene fiebre se la toma? Axilar - Bucal- No se la toma -- SI

Temperatura Ambiente que le agrada.- 20 grados más o menos.

Objetivos.- Temperatura corporal- 36.5 ° C –

Características de la piel- pile reseca. Integra.

Condiciones del entorno físico—Su casa es húmeda y fría. La temperatura ambiente es fría a menos de 20 ° C. Vivienda con necesidad de medidas higiénicas. Cuenta con baño y GHQ fuera de la casa a 4 metros de la vivienda aproximadamente. Sus paredes de concreto sin acabados. Cuenta con dos habitaciones. Ella ocupa una de estas.

5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Subjetivos

Capacidad física cotidiana.- Realiza actividades ligera domesticas, actualmente ella no lava la ropa, se la lava su hermana menor.

¿Que deporte o actividad física práctica? Corre—gimnasia— bicicleta— ninguna SI

Actividad en su tiempo libre- tejer.

¿Practica ejercicios prenatales? No

¿Conoce la posición que debe adquirir en el periodo expulsivo? NO

¿Conoce los ejercicios que debe hacer después del parto? NO

¿Conoce las posiciones que debe adquirir para amamantar a su hijo? No

Objetivos

Estado del sistema esquelético / fuerza.- buena sujeción y presión.

Postura.- aceptable en su estado grávido actual. Ayuda para deambular – No.

Dolor con el movimiento- refiere dolor lumbar.

Estado emocional.- facies de angustia, nerviosa e insegura, poco comunicativa.

6.- DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivos

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? No

Horario de descanso –después de comer. Horario de sueño- 22-7hrs. Horas de sueño- 9 horas.

¿Padece insomnio? Si

¿A que considera que se deba? Inquieta por su producto ya que se a veces se siente mal.

¿Siente cansancio al levantarse? SI

¿En que forma se le manifiesta? No puede dormir, solo piensa. Y al otro día está cansada y con sueño.

¿Utiliza técnicas de relajación? No, no sabe que es eso.

¿Cuándo nazca su bebe quién le ayudara en su casa? Nadie. Ella lo hará.

Objetivos

Estado mental – ansiedad—Si estresada—SI Lenguaje –se confunde y se apena al hablar.

Ajeras—SI Atención - Si bostezos—Si Concentración- se le repiten las preguntas

Respuesta a estímulos— estímulos presentes.

7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivos

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? Con desanimo contesta que no cuenta con ropa para vestirse adecuadamente a su estado, y le que da muy apretada.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Si

¿Sus creencias le impiden vestirse como le gustaría? No es su economía.

¿Qué creencias tiene con respecto a la lactancia y la forma de abrigarse? Que cuando salga del hospital. Con pañoleta – SI. Con calcetas— Si. Abridada—Si.

¿Qué creencias respecto a la lactancia y la forma de abrigarse—porque se le puede ir la leche, y además darle "enfriamiento".

Objetivos

Viste de acuerdo a su edad? No, actualmente usa la ropa de vestir comúnmente, muy ajustada.

Capacidad motora para vestirse y desvestirse- muy lenta y con dificultad.

Vestido incompleto— sucio— inadecuado—Si Otros—

8.- NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Subjetivos

Frecuencia de aseo: Baño: Diario— cada 3° DÍA—Si cada 8 días—

Momento preferido para el baño.- por la mañana - Si

Frecuencia de aseo dental— 1 vez al día
 Prótesis dental- No
 Fecha de la última visita al dentista- hace un año.
 Aseo de manos, antes y después de comer.- Si Después de eliminar Si
 ¿Sabe como asear sus pezones para amamantar a su hijo? No
 ¿Sabe como cuidar la piel del abdomen después del parto? No.
 ¿Sabe como asearse y protegerse la herida de la episiotomía o Cesaráa? No
 Objetivos
 Aspecto general.- Embarazada con edad aparente que dice tener, de igual manera al embarazo de 32 SDG Con ropa de vestir normal muy justa, con disnea, facies de angustia, introvertida, poco comunicativa.
 Olor corporal— aceptable Halitosis—SI
 Estado del cuero cabelludo— bien implantado, brillante y limpios aparentemente.
 Lesiones dérmicas— ninguna.
 Cambios tegumentarios propios del embarazo – SI

9. NECESIDADES DE EVITAR EL PELIGRO

Subjetivos

Miembros que componen su familia

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación
Pedro	Padre	60 años	Primaria	Comerciante.
Margarita	Hermana	22 años	preparatoria	Estudiantes

Aportación económica familiar.- Exclusivamente del padre.

¿Sabe cuanto percibe? No, pero apenas alcanza para comer.

¿Es UD. alérgica a algún medicamento? — No

¿A otra sustancia? Ala carne de puerco.

¿Tomó algún medicamento que no le haya prescrito su medico? No

¿Llevó control prenatal? No

¿Sabe cuando debe acudir a consulta durante el embarazo? No

¿Sabe Cuando debe acudir a consulta durante después del parto? No.

¿Qué sensación o sentimiento tiene ahora que va a tener su hijo?— Felicidad—SI
 preocupación — SI. Tristeza—No Depresión—SI Miedo— SI.

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo— SI

¿Y en su pareja? No tiene pareja.

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?—Se estresa

Busca una solución inmediata— No siempre.

Objetivo

Deformidades congénitas.— Aparentemente ninguna.

Condiciones de ambiente en el hogar.— Existe buena familiar.

Características de la casa es casa: Casa propia— casa prestada— Si de un familiar.

Material con que está construida: de concreto.

¿Cuántas habitaciones?— 3 incluyendo cocina

Servicios Generales: Agua potable— SI Control de Basura— Carro colector cada 2 días.

Control de desechos: WC y a través de drenaje general.

Iluminación: a través de corriente eléctrica. Pavimentación— no empedradas.

Servicios de comunicación y transporte: ¿Tiene télele fono? — No

Comunicación terrestre— Camión urbano.

Recursos para la salud.- Dispensario Consultorio — SI Centro de salud— SI

¿Con que frecuencia asiste a ellos? No asiste al menos de una urgencia.

10.- NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivos

Estado Civil.- Madre soltera. Vive con su padre y su hermana menor.

Preocupaciones actuales.- Económicas y no aceptación social

Rol en la estructura familiar.—Es quien atiende la casa, hace la comida. Es apoyada económicamente por su papá.

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? Hace 30 años.

¿Existen buenas relaciones en la vecindad? No tiene mucha relación amistosa con sus vecinos.

¿Tiene amigas o familiares en quién confiar? —Tiene a su papá y a su hermana menor.

¿Comunica A alguien sus temores respecto a la forma de cuidar a su hijo? No

¿Cuánto tiempo pasa sola? La mayor parte del día, pues su papá trabaja y su hermana estudia.

Objetivos

Habla claro.- con monosílabos. Confusa.- Si

¿Ve bien? Si ¿usa lentes de contacto? No

¿Oye bien? Si ¿Lleva aparato auditivo? No

11.- NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo

Creencia Religiosa——católica creyente, no asiste a misas.

Principales valores en su familia——con costumbres muy tradicionales, disciplina, rigidez, respeto.

Principales valores personales.— Respeto y amor a la familia.

¿Es congruente su forma de pensar y su forma de vivir? Tal vez se piense que no porque es madre soltera, pero en general ella piensa que si es congruente.

Objetivo

¿Permite el contacto físico? Se muestra desconfiada al contacto físico, no permite que nadie la toque después de haber quedado embarazada

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Si, imágenes de santos.

12.- NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Subjetivos

¿Trabaja actualmente?— No, sólo el trabajo domestico en la casa de su papá

Riesgos: los propios del hogar.

¿Está satisfecha con el rol que juega dentro de su familia? No, pues ella piensa que necesita aportar recurso económico a la casa.

¿Qué expectativas tiene en relación con su hijo? Tiene muchas dudas y temores al respecto.

Por su situación económica actual.

Objetivo

Estado emocional; calmada—ansiosa—Si temerosa—Si inquieta—Si

13.- NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Subjetivos

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: — TEJER.

¿La situación de estrés influye en la satisfacción de sus necesidades? SI

¿Existen recursos recreativos en la comunidad? Lo ignora, nunca sale.

¿Forma parte de alguna sociedad? No

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? Tejer y ver televisión.

Objetivos

Integridad neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas?— No le interesan.

¿Su estado de ánimo es? Apático— SI Aburrido — un poco participativo — NO

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Nivel de educación — Preparatoria

¿Tomó cursos prenatales? No ¿Por qué? Los ignoraba.

¿Ha leído sobre embarazo, parto, y puerperio? Un poco.

¿Tiene hecho los preparativos para el recién nacido? No

¿Cuáles fueron? — ninguno.

¿Ya eligió el modo de alimentar al niño? Si

¿Cuál? El pecho—SI ¿Quién influyó en UD? —nadie

¿Cundo tomo la decisión? —Antes— Durante su embarazo— SI

¿A que edad cree que el niño empieza a ver? No sabe.

¿Comenzara a ser consciente de su entorno? No sabe.

¿Podrá Enseñarle cosas? ---si

¿Le gustaría intercambiar opiniones con la Enfermera sobre los siguientes temas?

-Alimentación durante el puerperio---SI

- adaptación al rol de madre----- si, con mucho miedo.

-Cambios y cuidados que se dan después del parto o cesárea---SI

-Crecimiento y desarrollo durante el primer año de su niño----- SI

- Lactancia Materna--- SI

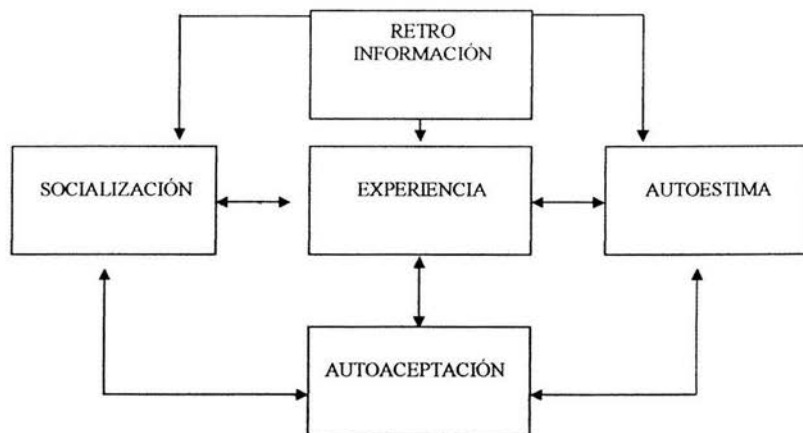
- Cuidado al recién nacido en el hogar.----SI

- Prevención De accidentes--- SI De infecciones--- SI en los niños.

- Otros temas de interés para usted.

Aceptación de la entrevista -- Muy buena por parte todos los miembros de la familia.

PROCESO DE FORMACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA AUTOESTIMA



PROCESO DE AUTOESTIMA

SOCIALIZACIÓN: En la infancia los niños están en la etapa formativa, son sumamente moldeables y desconocen cabalmente lo que les conviene, aceptan lo que los adultos les imponen. Por ello se dice que la autoestima puede ser una conducta aprendida. En esta etapa se premia o castiga según el comportamiento; en donde los adultos pueden nutrir o minar su confianza, su respeto y su seguridad. Se obtiene autoestima como resultado de los estímulos a lo largo de los primeros años de vida, de lo recibido de padres, hermanos, maestros y amigos. Lo mismo se forma hábitos, se desarrollan aptitudes, el respeto de sí mismo, la confianza y seguridad.

Cabe enfatizar que el niño no es solamente un receptáculo pasivo, pues también hace elecciones y toma decisiones a partir de su interactuar con su medio ambiente, esto conforma su retroalimentación, proceso que se integra parcialmente en forma inconsciente.⁵³

RETROINFORMACIÓN: Es indudable que el medio que rodea a los individuos influye en la autoestima, ya que es parte de él y se encuentra en interacción recíproca.

Las personas buscan la coherencia con el medio o lo transforman de acuerdo con sus necesidades; de igual manera, para construir su autoestima retoman

⁵³ Idem p. 8-10

los valores y experiencias de los primeros años de su vida y eligen aceptar o rechazar algunos valores.

En la Retroinformación que reciben las personas se encuentra los que los sujetos del medio ambiente opinan de un individuo (opinión externa) y el concepto que el se ha elaborado de si mismo (opinión interna), que en su interacción moldean su autoestima.

De la opinión externa, el individuo percibe lo que piensan de sus logros y fracasos, de su forma de concebir la vida, de su trabajo, sus relaciones familiares, como se divierte. De las internas, lo que el piensa al respecto tomando lo que le convence. De la misma forma cuestiona su pasado, para vivir el presente y construir su futuro.

Esta situación es parte del proceso de valoración de nosotros mismos. Capitalizar los éxitos y los fracasos y así acumular experiencias.⁵⁴

El ser humano sabe que si algo sale mal, solo debe empezar de nuevo, ya que en el transcurso de su vida se ha retroalimentado de sus fracasos y no se puede tener todo bajo control.

También sabe que conciente o inconscientemente, las persona ante un fracaso, vuelve enfrentarse a las situaciones con nuevas fuerzas, a pesar de la frustración que se haya experimentado.

EXPERIENCIA: Es la confrontación de los valores y de la práctica de la vida: se basa en la realidad, en el continuo reflexionar sobre lo vivido, en la forma en que se ha desarrollado. Esa confrontación permite analizar el como se funciona en el trabajo, ene. Amor, en la interacción social, en cada uno de los ámbitos de la vida. El desarrollo de la autoestima tiene dos componentes:

- 1.- Un sentimiento de capacidad personal.
- 2.- Un sentimiento de valor personal.

Estos dos componentes se van moldeando de acuerdo con las propias experiencias. Se aprenden habilidades, hábitos, disciplina y a expresar amor.

La experiencia es una síntesis muy personal de los vivido, de los logros de lo que se gana experiencia, los que demuestran la capacidad de cada persona, de los fracasos que señalan las limitaciones; son las oportunidades para crecer y descubrir nuevas facetas. Estas aparentes altas y bajas permiten valorar las experiencias no favorables recibidas durante la niñez y generar confianza para tomar las riendas de la vida. Confianza en saber que se tiene posibilidades de progresar que existirá una respuesta ante diversos acontecimientos. Que la vida es una oportunidad para mejorar y que uno mismo es su mejor y más importante recurso.⁵⁵

AUTOACEPTACIÓN: Aceptamos tal y como somos, es estar conciente de las deficiencias, limitaciones y debilidades que se tienen en las diversas facetas de nuestra vida.

El individuo busca la congruencia con la realidad, y la esencia de vivir concientemente reconocer los hechos y la realidad: la autoaceptación es la prueba definitiva de esa búsqueda de los individuos. Es un reto cuando los hechos que se deben encarar tienen que ver con nosotros mismos. Proceso en

⁵⁴Idem p. 11-26

⁵⁵Josephine G. Paterno *Enfermería Humanística*. P.30-31

el cual se contraponen la experiencia con la actitud, ante lo aprobado y lo censurado, de los valores interiorizados y lo que tengamos que aceptar.

La autoaceptación es la condición previa del cambio.

Si aceptamos lo que sentimos y lo que somos en cualquiera momento de nuestra existencia, podemos percatarnos plenamente de la naturaleza de nuestras elecciones y acciones, y nuestro desarrollo no se bloquea.

La decisión es nuestra para luchar por obtener resultados que nos beneficien

AUTOESTIMA: En su desarrollo de la conciencia es la síntesis de comprender: quienes somos, para que estamos, porque vivimos, como vivimos y quienes queremos ser. Es aceptar que somos sujetos y no objetos, por consiguiente tenemos la facultad para elaborar nuestra autoestima. Es tener fe en que sabemos hacer las cosas, para ello tenemos nuestra práctica y las experiencias. La experiencia de cada ser humano es la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar la vida.

Desde pequeños con la educación tradicional y en el que el niño está en etapa formativa, sumamente moldeables y desconocen cabalmente lo que conviene, viven a la manera que los adultos saben o quieren vivir, por ello se dice que la autoestima puede ser una conducta aprendida. Pero ya con su propia personalidad y que se acepta todo porque "lo tiene que aceptar". En esta etapa en donde los adultos pueden nutrir o minar su confianza, su respeto y su seguridad. Lo mismo se forman hábitos, aptitudes, el respeto por sí mismo, la confianza y seguridad.

La autoestima es el componente evaluativo del concepto de sí mismo. Este concepto modela nuestro destino, la visión más profunda que tenemos de nosotros mismos que influye sobre todas nuestras elecciones y decisiones significativas y por ende, modela nuestra existencia.

Es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y digno de ser feliz, por lo tanto equivale a enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo. De ser flexible ante las presiones para no caer en la decepción o la derrota.

Es tener la convicción, que somos responsables de nuestra actuación y de moldear nuestra propia felicidad.