

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA MUJER JOVEN**

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

PRESENTA

MARICELA ACOSTA MORALES

No. Cta. 401117059

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. ROCÍO DEL CARMEN GUILLÉN VELASCO

MAYO DEL 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Dios:

Por darme la oportunidad de la vida y la salud, por ser mi redentor y permitirme llegar a esta etapa de mi vida, usando su don a través de mi profesión como instrumento para servir, cuidar y ayudar a los demás.

A mi Esposo:

Porque me has comprendido, por tu apoyo invaluable y confianza, por vivir junto a momentos inolvidables como éste, por eres y serás siempre el motivo de inspiración.

A mis Hijos:

Quiero que sientan este objetivo suyo, por el tiempo robado, y por la fuerza que al verlos pequeños e indefensos me impulsó al desafío de conseguirlo... ¡por ustedes por ser los motivos de mi vida!

A mi Madre:

Por sus consejos, por caminar junto a mí, por inculcarme el espíritu de superación que se convirtiera en uno de los sueños más importantes de mi vida.

A mi Asesora:

Con admiración y respeto, agradezco el apoyo invaluable, por compartir sus conocimientos y su valioso tiempo en mi desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi Paciente y Familia:

El trabajo que se presenta, refleja mi compromiso personal y profesional aunado a ello, la cooperación y los espacios brindados de la paciente y su familia que sin ella no hubiera sido posible realizarlo.

Instituciones de Salud:

Al Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona N° 2 y al Hospital General Dr. Pascasio Gamboa por permitirme el desarrollo de mi trabajo, brindándome todos los elementos necesarios y oportunos.

Licenciado en Nutrición:

Mario Alberto Cuesta Gómez, mi sincero agradecimiento por su asesoría.

A mi Tutora:

Calida y profesional, por su incondicional apoyo.

A mi Esposo e Hijos:

Por permitirme su tiempo destinado a este trabajo.

CON CARIÑO Y RESPETO
MARICELA ACOSTA MORALES

ÍNDICE

	PÁG
INTRODUCCIÓN	5
1.- CONTEXTO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	10
1.1 Importancia del proceso de enfermería y su utilidad en la práctica	
2. OBJETIVO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	12
3.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	13
3.1 Definición de enfermería	
3.2 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson	
3.3 Comportamiento de la preeclampsia	
3.4 Etapa de crecimiento y desarrollo	
3.5 Proceso de enfermería y sus etapas	34
4.- METODOLOGÍA	41
4.1 Enfoque	41
4.2 Métodos	
4.2 Métodos	

4.3 Técnicas e instrumentos	
4.4 Sujeto de estudio	
4.5 Tipo de investigación	
4.6 Procedimiento	
5.- DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	46
5.1 Valoración de enfermería	
5.2 Diagnósticos de enfermería	
5.3 Plan de atención de enfermería	
6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	108
6.1 Discusión	
6.2 Conclusiones	
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	117

INTRODUCCIÓN

Para los profesionales de enfermería el cuidado al paciente es relevante, a través del tiempo se busca mejorarla y vincularla con una fundamentación científica. La enfermería es una disciplina que tiene su propia historia e identidad, con una práctica que la hace ser única, la cual explica su quehacer. De esta manera se desvanece la idea que la disciplina de enfermería es y sea menospreciada o subordinada sino de ir más allá; conferirle el privilegio, de dar el toque, que solo ella, -si se quiere-, puede curar el espíritu contrito del paciente.

Hoy en día en los diferentes escenarios y dada la transición epidemiológica, la enfermería trasciende y estructura un nuevo pensamiento. La formación a nivel teórico es ya insuficiente, se necesita de la interacción e integración de conocimientos en la práctica, bajo la estructura de una metodología lógica, científica y de investigación y vincularla con la experiencia propia y de otros, para responder a las necesidades que demanda el individuo, familia y comunidad. Fundamental es la relación enfermera-paciente, porque a partir de aquí, se convierte en una fuente primaria de datos, de donde emana toda la información y atención a seguir para cubrir y monitorear sus necesidades, a través de la experiencia y conocimientos y haga de ésta una profesión científica y humana de primer orden.

Con frecuencia, el profesional de enfermería aplica el cuidado enfermero en forma tácita sin plasmar sus intervenciones; aun cuando difiera de un paciente a otro, no por el síndrome que presente sino por la complejidad en las necesidades de salud. Por ello, el proceso de atención de enfermería es un

método que permite sistematizar y organizar la administración de cuidados enfermeros individualizados, aplicarlos en forma oportuna y eficaz, priorizando las necesidades y ajustándolas de acuerdo con los resultados esperados.

Al aplicar el proceso atención de enfermería con el enfoque de Virginia Henderson se obtienen datos o características definitorias y se encuentran los factores relacionados, para ayudar a la paciente en la prevención, control y recuperación de la salud sin complicaciones y que su familia se integre como parte de un equipo para mejorar la salud, y evitar mas tarde la dependencia parcial o total de ellos.

Este proceso de enfermería se estructuró en seis capítulos. En el primero se aborda la problemática, el contexto del problema. En el segundo el objetivo que se pretende alcanzar. En el tercer capítulo se presenta un marco teórico que incluye la definición de enfermería, los conceptos básicos de la disciplina de acuerdo al enfoque de Virginia Henderson; así mismo el comportamiento de la preeclampsia con el propósito de conocer los momentos de intervenir basados en la experiencia profesional y los conocimientos a fin de determinar una atención prenatal estricta y de un incremento específico de los cuidados de enfermería, con ayuda de laboratorio y gabinete. También en este capítulo se consideró la etapa de crecimiento y desarrollo para comprender, reconocer características y sus necesidades únicas a su etapa de desarrollo en el ciclo vital por la cual la paciente cursa; así mismo se incluye el proceso de enfermería con sus etapas inmersas en el enfoque de Virginia Henderson.

En el cuarto capítulo se centra en la metodología y en las técnicas que enmarcaron el proceso. Se realiza la valoración de acuerdo a este modelo,

con la información obtenida se establecieron los diagnósticos de enfermería y el plan de atención, en donde la actuación es directa y permanente con frecuentes visitas a domicilio y posteriormente en el ambiente hospitalario, se ejecutaron los cuidados e intervenciones de enfermería, evaluando el impacto en el estado y evolución de la paciente. De aquí lo importante del proceso, que permite modificar e implementar otros cuidados o acciones para obtener resultados favorables, estos se plasman en el capítulo quinto.

En el último capítulo, se estructuró el análisis de los resultados, la discusión y las conclusiones. Para completar la información se incluye la bibliografía y los anexos que se consideraron importantes en este trabajo.

Es evidente que la enfermería como parte del equipo multidisciplinario combina la ciencia y el arte para intervenir en la solución a las necesidades de salud en forma progresiva, dinámica, oportuna y eficiente en cada una de las medidas preventivas y curativas, sin dejar de reconocer que la responsabilidad del médico durante el tratamiento es importante y especial para la recuperación de la salud. Por lo que enfrenta muchas veces a las personas con el personal de enfermería al no entender lo sencillo o los cuidados para la vida.

Esto obedece al descubrir que la paciente ignora el comportamiento y las consecuencias posibles de su enfermedad con la que cursa, carece de conciencia, fuerza y de voluntad para preservar su salud, no lleva un control prenatal estricto. Ante lo anterior, dado que es notoria la frecuencia de pacientes que buscan atención médica, se realiza este proceso de enfermería con el fin de encontrar congruencia, de sustentar y documentar inquietudes,

y de realizar acciones en forma oportuna que garantice la prevención, preservación y mantenimiento de la salud.

Se rescata la importancia de la posible asociación entre el mantenimiento de la salud y aspectos biofisiológicos como: edad, nutrición e hidratación, alteración en el patrón del sueño, falta de ejercicio reflejado en la obesidad. Psicológicos como necesidades emocionales y estado de ánimo de ansiedad, tristeza, temor, depresión y estrés. Entre los aspectos socioculturales falta de interacción social en relación con la muerte de su esposo y la responsabilidad que conlleva su estilo de vida y el nuevo rol que asumirá al quedarse como figura de su hogar. Otro factor primordial a considerar es el desconocimiento por parte de la paciente en relación a la patología que ahora presenta en su embarazo, al manejo, control y evolución de su enfermedad, en donde de acuerdo a su prioridad, se plasma y ejecutan acciones.

Las necesidades de salud identificadas se trabajaron en forma permanente hasta que la paciente logró hacer conciencia de los factores que afectan su salud, en la que ella y su familia participan para mejorar su situación y alcanzar su bienestar. De esta forma, el objetivo se enfatizó en la prevención con actividades de promoción a la salud; se ejecutaron acciones y cuidados aplicados en cada

necesidad y se practicaron los principios bioéticos; se establecieron estrategias que combinaron el cuidado de enfermería con la terapéutica médica indicada, además se proporcionó apoyo emocional y medidas de bienestar a la futura madre involucrando a la familia en este proceso para mejorar su calidad de vida.

1. CONTEXTO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

1.1 IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Y SU UTILIDAD EN LA PRÁCTICA

En términos generales se ha aceptado una concepción educativa que no distingue entre entrenamiento y enseñanza, se da por supuesto que el conocimiento debe construirse con base a la memorización, repetición y realización de tareas. Sin embargo a pesar que enfermería practica en su quehacer profesional el proceso de atención de enfermería, no se registra como tal, se omite un seguimiento lógico de las acciones e intervenciones.

En enfermería existe una diversidad de modelos para realizar su práctica profesional. Cada enfermera en su opinión practica un modelo de atención dependiendo del que le haya enseñado la institución educativa del cual egreso o de la institución en la que se desempeña. En el ámbito laboral con regularidad existe sobre capacidad instalada de paciente y sobre carga de trabajo que contribuye a realizar cuidados de forma rutinaria con falta de interés, comunicación y congruencia entre la terapéutica a seguir con cada necesidad específica que presenta la paciente; nos enfocamos a resolver a los signos evidentes sin que trascienda a buscar su origen. Se pretende ahora, gracias a las nuevas corrientes filosóficas, que enfermería encause o sea protagonista en la elaboración de su propio conocimiento y crecimiento profesional.

Es fundamental que cada enfermera tenga una buena forma física y mental, con confianza en sí misma, con aptitud positiva al cambio, con capacidad del entorno social, con capacitación que promueva la creación de acciones y que esté dispuesta a implementar intervenciones para prevenir, controlar y mejorar la salud y la calidad de vida de las pacientes que demandan de nuestros cuidados.

Además que las enfermeras en forma general procuremos ser más científicas y desarrollemos el área cognitiva a través de estructurar un pensamiento más crítico, analítico y reflexivo por medio de guías enfermeras desarrollados en procesos de enfermería donde se evidencie una transformación y crecimiento en la disciplina. De manera que la profesionalización crezca en todos los campos y se reconozca nuestro esfuerzo y trabajo al reflejar más conocimiento, creatividad, sensibilidad, ética y humanismo manifestados en el cuidado hacia la persona, familia y comunidad y en la enseñanza hacia nuestros colegas.

Siendo que la salud materna y fetal ocupa en México los principales problemas de salud, por lo que considerando el incremento de los casos de preeclampsia que se han suscitado en la unidad, de los ingresos hospitalarios, de las complicaciones y el comportamiento de esta, y de los altos índices de muertes maternas a consecuencias de un nulo o deficiente control prenatal, me llama la atención este fenómeno y decido abordar el caso para plasmarlo en un proceso de atención de enfermería, que me permita como parte de una disciplina dar evidencias del cuidado enfermero aplicado en una paciente que curso con preeclampsia.

2. OBJETIVO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Aplicar el proceso de enfermería bajo el modelo de Virginia Henderson a una persona adulta joven con alteración en el mantenimiento de la salud, que presenta datos de dependencia en la necesidad de nutrición e hidratación, de eliminación, de descanso y sueño, de higiene y protección de la piel, de evitar los peligros, de vivir según sus creencias y valores, que permita proporcionar cuidados de enfermería individualizados en forma holística, enfocados en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades o sus complicaciones además de integrar los conocimientos disciplinarios durante su desarrollo.

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson define a la función de la enfermera como la ayuda al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuye a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.¹

3.2 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

(tendencia de suplencia o ayuda 1966)

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City, Missouri. Vive una larga trayectoria profesional, como autora dedicada a la investigación, formación y desarrollo profesional de enfermería; publica por primera vez su definición de enfermería en 1955, ya que no estaba en total acuerdo con la definición editada por la American Nursing Association.

Sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse, ¿qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de salud? Le preocupa y tiene necesidad de justificar porque no existía una determinación de la función propia de la enfermera o, de un modelo enfermero que proporcionara su identidad profesional. La cristalización de sus ideas se logra recopilar en una publicación de 1956 en el libro *The Nature Of Nursing*. Virginia Henderson significó para el siglo XX lo que Florencia Nightingale para el

¹ FERNÁNDEZ Ferrin, Carmen, et. al; El Proceso de Atención de Enfermería, Ed. Masson-salvat, Barcelona, 1999:3-4

siglo XIX.

Los elementos más importantes de su teoría son: que la enfermera asista a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. Organizo su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo e incluyó fenómenos de las siguientes dimensiones: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, espirituales y de desarrollo. El trabajo conjunto de la enfermera y la persona están orientados hacia la satisfacción de estas necesidades y a alcanzar los objetivos centrados en la persona.²

Es obvio que hay una similitud entre las necesidades y la escala de los componentes de Abraham Maslow, aunque Henderson no cita a éste como influencia directa; las 7 primeras necesidades están relacionadas con la fisiología, 8ª y 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionada con la autorrealización.

Se reconoce el aporte filosófico, dado que es la primera respuesta que indaga e incorpora conceptos universalmente aceptados como necesidades humanas, persona, salud, entorno en los que articula una propuesta para conceptualizar enfermería. El enfoque define los cuatro elementos del paradigma de Enfermería: Persona, Salud, Entorno y Enfermería, los cuales se describen a continuación.

² POTTER Patricia A. /PERRY Griffin Anne, Fundamentos de Enfermería, 3ª ed. Ed. Harcourt/ Océano. Barcelona España. 2002:97

Persona (paciente): Para Henderson el individuo y su familia es visto como una unidad, activos y responsables de su propia salud, que participan en las decisiones y en el logro de las metas; y que cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que interactúan entre sí, para satisfacer y mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento de su potencial, en donde se requiere de fuerza, deseos y conocimiento para realizar las actividades para una vida sana, que deriva en las **14 Necesidades Básicas:**

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Descanso y sueño
6. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación
8. Higiene y protección de la piel
9. Evitar los peligros
10. Comunicar
11. Vivir según sus creencias y valores

12.Trabajar y realizarse

13.Jugar / participar en actividades recreativas

14.Aprendizaje³

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. El estudio por separado de cada necesidad, en ningún momento da la visión del ser humano en su totalidad, por lo que es necesaria la interrelación de cada una de las necesidades para poder valorar el estado del individuo como un todo. Otros aspectos a tener en cuenta es el de los factores que influyen la satisfacción de las necesidades, ya que ellas son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona.

Estos factores son por una parte biofisiológicos que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los psicológicos se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento).⁴ Los aspectos socioculturales se refieren al entorno físico de la persona (próximo y más lejano). Existen además algunos aspectos que el modelo de Henderson no trata de forma explícita y que es necesario explicar.

³ MARRINER Tomey Ann, Modelos y Teoría en Enfermería. 4ªed.Ed.Harcourt. Madrid. 1999:105

⁴ Op. Cit. FERNÁNDEZ Ferrin.1999:14

Lo referente al aparato circulatorio ha sido incluido en las necesidades de oxigenación. El dolor es un elemento que ha sido incluido en la valoración de distintas necesidades, aunque de un modo más específico pensamos que debe ser considerado en la necesidad de reposo y sueño. Los aspectos relativos al autoconcepto y autoimagen se incluyen en la necesidad de evitar peligros. Los aspectos de desempeño de rol y estatus se presentan en la necesidad de trabajar y realizarse y en la necesidad de evitar peligros. Lo referente a los patrones de sexualidad de la persona ha sido incluido en la necesidad de comunicarse. Lo relativo a las relaciones significativas o aspectos que tienen relación con la interdependencia del ser humano se trata en la necesidad de comunicarse. Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contemplan en todas y cada una de las necesidades. La valoración de la ansiedad y estrés se incluyen en todas las necesidades al preguntar como influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.

Salud: Se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros. A partir de la integración de las diferentes necesidades es importante su análisis, para detectar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios-denominados como de Independencia / dependencia y causas de la dificultad.

Henderson, desde una filosofía humanística considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales; para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas, con el fin de mantener un estado óptimo de salud, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y

situación; que varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, a lo que llama **Independencia**.

La dependencia es la ausencia de una o más necesidades que no están satisfechas, o que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades de los cuales surjan problemas de salud, es entonces cuando se necesita cubrir en la persona esas necesidades.

Se debe según Henderson a **las causas de la dificultad** que son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, causa de tipo físico “falta de fuerza”, o “falta de conocimiento” y psicológico “falta de voluntad”.

a). **Falta de fuerza** no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinada por el estado emocional, las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

b). **Falta de conocimientos**, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento sobre los recursos propios y ajenos disponibles. El conocimiento es una capacidad de toda persona y resultado de la aplicación del razonamiento respecto de un hecho u objeto en particular.

c).- **Falta de voluntad** la voluntad menciona, es un atributo del espíritu; entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las necesidades.

La presencia de estas tres causas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser identificados y valorados por enfermería, y los conciba como criterios para definir y planificación sus intervenciones⁵.

Entorno: al analizar su modelo de Henderson menciona de forma implícita y explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico para la valoración de las necesidades y planificación de los cuidados; reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud; en escritos más recientes (Henderson, 1985), habla de la naturaleza dinámica del entorno como las relaciones con la propia familia, del impacto sobre el usuario y la enfermera. “Los aspectos socioculturales se refiere al entorno físico de la persona (próximo y mas lejos). Así el entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo, el hospitalario, etc. El entorno físico más lejano se refiere al de la comunidad, la escuela, las leyes y política por las que se rige la comunidad de referencia. Todo ello mediatiza las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de los grupos con los que la persona se relaciona.”⁶

Rol Profesional. Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud: Se conceptualiza como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia. Henderson recalca que “esté es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña

⁵ Ibid p.7

⁶ Ibid p.9

de la situación “. La autora sigue diciendo, “los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades “. De aquí se deriva el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza la contribución de las enfermeras con el equipo multidisciplinario considerando “en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Y que ningún miembro del equipo debe exigir del otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”, “todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir” a esta persona.⁷

La “comunicación en estas relaciones puede articularse para la construcción del equipo y facilitando el proceso, colaboración, consulta, delegación, supervisión, liderazgo y dirección, en el cumplimiento del trabajo y los objetivos de la situación clínica, refiere que las enfermeras trabajan con personas que tienen diferentes opiniones, experiencias, valores y creencias, de forma que el significado debe ser validado o negociado mutuamente entre los participantes.

La comunicación interpersonal significativa origina un intercambio de ideas, soluciones de problemas, expresión de sentimientos, forma de tomar decisiones, concentración de objetivos, construcción de un equipo y

⁷ Ibid p.8

crecimiento personal.”

La enfermera, en el desarrollo de las funciones de cuidar lleva a cabo tres tipos de roles:

Rol autónomo: es aquel que ejerce a un modelo de enfermería, que le proporciona la guía o estructura teórica. En el desarrollo de este rol autónomo, las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.

Rol interdependiente: es la que ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del personal que está bajo un diagnóstico y un tratamiento médico. La actividad que se desarrolla en el cumplimiento de este se centra en la vigilancia, control y prevención de complicaciones relativas a la situación de enfermedad y tratamiento que está recibiendo.

Rol dependiente: En donde la enfermera también cumple las órdenes preescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico, puesto que no trabaja en solitario sino que forma parte de un equipo de salud.⁸

⁸ Ibid. p. 41

3.3 COMPORTAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA

En ella encontramos que Preeclampsia significa algo que antecede o que ocurre antes de la eclampsia. En la actualidad este término es el que más se utiliza, como una de las formas de Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE). La preeclampsia es un padecimiento que afecta a las embarazadas en la segunda mitad del embarazo y por definición, de la semana 20 en adelante, durante el parto y puerperio; sin embargo en casos de embarazo múltiple o de enfermedad trofoblástica puede presentarse antes⁹.

Esta es un síndrome de hipertensión, edema y proteinuria que se produce especialmente en primigrávidas; se resuelve durante un periodo de 10 días hasta seis semanas posparto. Es una enfermedad particular del embarazo cuya única curación es el parto del feto y la placenta¹⁰ y una de las principales causas de muerte materna dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo.

La Preeclampsia se clasifica en preeclampsia leve y severa. En preeclampsia leve con presión arterial de 140/90 Mm. Hg. más, o elevación de 30 Mm. Hg. en la sistólica y 15 Mm. Hg. en la diastólica, cuando se conoce las cifras basales previas, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de más de 300 MG en 24 hrs., ausencia de síntomas de vasospasmo. Preeclampsia severa con presión arterial de 160/110 Mm. Hg. o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria

⁹ FEDERACIÓN Mexicana de Obstetras y Ginecólogos del IMSS. Normas Técnicas para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la preeclampsia-Eclampsia. Ed. Schering. 1999:6

¹⁰LAWRENCE M. Tierrey; et al. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 40 ed. Ed. El Manual Moderno, SA. DE CV. 2005:729.

hasta de 5 gr. en 24 hrs. presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos, edema generalizado¹¹.

La clasificación tradicional se basa en los niveles de tensión arterial, el deterioro de la función de los riñones así como síntomas neurológicos y la presencia de convulsiones. **El problema de esta enfermedad es que puede pasar de un grado a otro sin aviso alguno e incluso manifestarse una forma severa o complicada de la nada y sin haber pasado por formas mas leves. A mayor severidad mayor potencial de complicaciones.** Son datos de severidad y/o complicaciones la presencia de trastornos visuales (estrellitas), dolor abdominal en la boca del estomago, hinchazón importante en pies, manos y cara; dolor de cabeza, mareos, nauseas y vómitos, disminución de los movimientos fetales, sangrado genital y convulsiones. Las complicaciones mas temidas son hematoma retroplacentario, síndrome de daño agudo del hígado (síndrome de HELLP son las siglas en inglés de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas), edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, hemorragia, coma y muerte; para el feto hipotrofia, SDR o muerte.

La Eclampsia (del Griego *eclamptsis*) quiere decir destello brusco (como el de un rayo) e implica en medicina la forma mas severa y una de las complicaciones mas temidas de la preeclampsia; que se manifiesta como convulsiones severas de aparición brusca e inesperada en la paciente que la sufre. (Anexo1)

Hasta el momento es de etiología desconocida. Se han propuestos varias teorías que sugieren, como origen a las sustancias presoras del riñón, a la

¹¹SECRETARIA de Salud. Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. 2005:15

placenta, al cerebro, al feto, a las prostaglandinas; sin embargo no se ha demostrado una correlación directa de ninguna de ellas¹².

Se cree que hay un defecto en la forma como la placenta se desarrolla dentro del útero materno y eso trae como consecuencia una serie de cambios vasculares que conducen a la alteración tensional materna, mala irrigación sanguínea del útero y aporte inadecuado de nutrientes y oxígeno para el feto. La falla en la invasión trofoblástica de las arterias espiralazas del lecho placentario, en los embarazos normales hay una invasión externa de las capas musculoelásticas de las arterias espiralazas, que comienza con la implantación y dura hasta 8 a 10 semanas de gestación. Entre las semanas 18 a 20 del embarazo ocurre una segunda proliferación invasora trofoblástica.

Este proceso transforma a las arterias espiralazas musculares en vasos de baja resistencia, no musculares y pasivos, que irrigan el espacio intervelloso de la placenta. Las pacientes propensas al desarrollo de preeclampsia muestran una falla relativa en esta segunda invasión trofoblástica. Esta anomalía de las arterias espiralazas, conocida como arterosis aguda, es más manifiesta en pacientes que desarrollan preeclampsia severa. Como este evento ocurre en el sitio de contacto entre madre y el feto, se piensa que están implicado un proceso mediado por la inmunidad. También se sugiere que la mujer propensa al desarrollo de preeclampsia tiene una anomalía genética que causa la falla en la invasión trofoblástica.

Esta anomalía placentaria puede contribuir al aumento de la incidencia de desprendimiento de la placenta y hemorragia anteparto que se observa en la

¹² DE MONDRAGÓN Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 5ª ed. Ed. Trillas. México. 2002:319

preeclampsia. Resientes estudios histoquímicas del útero gestante y del no gestante mostraron una desnervación adrenérgica casi completa del útero en los embarazos normales. Las pacientes tienen niveles titulares uterinos de noradrenalina más altos. La combinación de persistencia de cobertura musculoelásticas de las arterias espiralazas, desnervación adrenérgica incompleta y aumento de la concentración de noradrenalina tiene el potencial de causar constricción de las arterias espiralazas y de disminuir la perfusión placentaria.

Las mujeres embarazadas normales y sanas son relativamente insensibles a las sustancias vasopresoras. Se ha observado que la mujer que posteriormente padece preeclampsia falla en el desarrollo de esta resistencia. Luego de las 20 semanas de gestación, la mujer que no desarrollará una preeclampsia requiere progresivamente cantidades mayores de angiotensina infundida para causar un aumento de 15 mmHg en la presión diastólica. La mujer que desarrollará preeclampsia no muestra esta disminución en la sensibilidad.

Este mecanismo fisiológico de esta disminución en la sensibilidad no se ha podido determinar. Se ha sugerido que en las pacientes que desarrollan posteriormente preeclampsia se encuentra presente un aumento relativo en la proporción de las concentraciones de tromboxano y prostaciclina. Pequeñas dosis (81 mg por día) de aspirina demostraron la reducción en las incidencias de preeclampsia en pacientes de alto riesgo. Se piensa que esta dosis de aspirina reduce selectivamente la síntesis de tromboxano y prostaciclina hasta

la normalidad.¹³

Por su carácter generalizado, el vasospasmo arteriolar se manifiesta en casi todos los órganos y sistemas maternos como son: hipovolemia (hemoconcentración), aumento de las resistencias periféricas vasculares, aumento de la angiotensina II, incremento de la noradrenalina, disminución de la prostaciclina, aumento de la actividad adrenérgica, disminución del volumen plasmático, disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario (principal causa de muerte intrauterina). Estos cambios fisiopatológicos producen: hipovolemia con retención de Na y H₂O, alteraciones en la coagulación por disminución de las plaquetas y depósito de fibrina, aumento de la permeabilidad capilar y edema, aumento de la resistencia periférica e hipertensión. Los mecanismos fisiológicos supuestos que ocurren y explican como se presenta la hipertensión, el edema y la proteinuria se presentan en los (anexos 2,3)¹⁴.

Se ha identificado la existencia de ciertos factores o características que incrementan significativamente el riesgo de presentar preeclampsia – eclampsia tales como: Nivel socioeconómico bajo, se define así cuando la escolaridad es menor a 6 años. Se acepta que la enfermedad se presenta con mucha mayor frecuencia en áreas de población con mayor rezago socioeconómicas y culturales; lo que entre otras cosas, trae aparejado situaciones como: obesidad, nutrición precaria, maternidad en edad precoz, gran multiparidad en edad avanzada, indiferencia en el embarazo y pobres o nulos cuidados prenatales. Madre soltera o no unida, antecedentes familiares

¹³ FOLEY Michael R. MN., Thomas H. Strong, JR., MD. Cuidados Intensivos en Obstetricia. Manual Práctico. Ed. Médica Panamericana. Bueno Aires Argentina. 2000:68-69

¹⁴ Op. Cit. DE MONDRAGÓN. 2002:323

por parte de la paciente con preeclampsia, preeclampsia – eclampsia en un embarazo anterior.

Las primíparas son las que se afectan con mayor frecuencia, sin embargo la incidencia de preeclampsia-eclampsia aumenta con los embarazos múltiples, hipertensión arterial de cualquier origen, diabetes mellitus, enfermedad renal, los trastornos vasculares colágenos y autoinmunitario así como la enfermedad trofoblástica gestacional, polihidramnios;¹⁵ Sin embargo aunado a lo antes mencionado la insuficiente nutrición, la falta de atención prenatal de las mujeres y la deficiente calidad de atención del parto son factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto y que repercuten directamente en los recién nacidos.

La enfermedad se acentúa probablemente porque muchas de ellas padecen enfermedades crónicas degenerativas y, por consiguiente, tienen lesión en el aparato vascular, cardíaco y renal; a saber que **la preeclampsia es un síndrome específico del embarazo en el que hay menor perfusión de los órganos, secundaria a vasospasmo y activación endotelial.**¹⁶ Este trastorno resulta de una perfusión deficiente de la placenta, la cual libera un factor que lesiona al endotelio, causando que se active la coagulación y un aumento en la sensibilidad a los agentes presores.

La lesión endotelial difusa podría tener un papel en la patogenia de la preeclampsia. El mecanismo a agente responsable de esta lesión todavía no se conoce, pero la lesión provoca la activación de la coagulación intravascular y la

¹⁵ Ibid p.729

¹⁶GARY Cunningham, et al.Williams Obstetricia. 21 ed., Ed. Médica Panamericana S.A. México, DF., 2003:490

formación de depósito de fibrina. A su vez, esta sería responsable, en gran parte de la disfunción orgánica asociada con la enfermedad severa. Incluye el consumo de plaquetas y otros factores de la coagulación, convulsión y coma, función anormal del hígado y de los riñones, retardo del crecimiento intrauterino y desprendimiento de la placenta. Antes que el síndrome se vuelva clínicamente manifiesto en la segunda mitad del embarazo, se ha producido vasospasmo en varios lechos vasculares pequeños, esto explica los cambios patológicos en los órganos maternos y la placenta con efectos adversos consecuentes sobre el feto. (Anexo 4)

La severidad de la preeclampsia- eclampsia puede medirse con referencia a los seis sitios principales en los cuales ejerce sus efectos: sistema nervioso central, riñones, hígado, los sistemas hematológicos y vasculares así como la unidad fetoplacentaria¹⁷. (anexo5).

Por otro lado debe ser objeto de atención y prevención a las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años y las embarazadas, con uno o más de los factores de riesgos señalados. No obstante debe tenerse presente que también puede presentarse la complicación señalada con mayor frecuencia y gravedad en los embarazos en mujeres menores de 15 años. En especial en mujeres de 20 o mayores de 35 años multigrávidas y con antecedentes de haber presentado en embarazos previos, algún cuadro de preeclampsia-eclampsia o en pacientes con historias de hipertensión arterial de cualquier etiología, diabetes y con enfermedad renal crónica de cualquier origen¹⁸.

¹⁷ Op.Cit. LAWRENCE M. Tierrey, 2005:729

¹⁸ Op.Cit. FEDERACIÓN Mexicana de Obstetras y Ginecólogos del IMSS. 1999:7

Los elementos que se utilizan para hacer el diagnóstico en la Preeclampsia leve son: Tensión Arterial igual o mayor a 140/90 Mm. Hg. pero menor de 160/110, o elevación de 30 Mm. Hg. Por encima del valor basal en la sistólica o de 15 Mm. Hg. para la presión diastólica. Dado que no se conoce las cifras basales previas al embarazo o el del primer trimestre. Es más práctico utilizar la primera medición que se efectúa con la paciente sentada.

Perdida excesiva de proteínas en la orina, hay proteinuria cuando se encuentran 300 mg o más en una colección de orina de 24 horas, pero menor de 2 gramos o bien 300 mg/L o más en tiras reactivas. Que varían con la marca comercial; así 300 mg son ++ con bililabstix y + con Rapignost-total-screen.

Es importante destacar que casi todas las tiras comerciales expresan la cantidad de proteinuria en miligramo por decilitro (mg/dl) por lo que se sugiere multiplicar esta cifra por 10 para tener la proteinuria por litro. La proteinuria como las alteraciones de la histología glomerular se desarrollan tarde en la evolución de los trastornos hipertensivos debidos al embarazo.¹⁹ Para definir proteinuria se requieren 2 determinaciones o más, al menos con 6 horas de diferencia entre una y otra. La orina debe ser clara y obtenida a medio chorro durante la micción o a través de sonda vesical y con la paciente en reposo.

Hay varios factores que influyen en la proteinuria: La contaminación con bacterias o secreciones vaginales (da resultado falso positivo). El ejercicio (da excreción aumentada). Postura (hay proteinuria ortostática), Densidad de la orina (menor de 1.010 de resultado falso negativo. Mayor de 1.030 da resultado falso positivo). PH urinario (mayor de 8 da resultado falso positivo). El edema

¹⁹ Op. Cit. F.GARY Cunningham, 2003:490

leve (+) o ausente, y la ausencia de síndrome vasculoespasmódico como cefalea, amaurosis, fosfenos, acúfenos. El edema debe ser investigado en las áreas pretibial, lumbosacra, abdominal y/o en la cara y en las manos. Es significativo solo si hay signo de godete el cual se demuestra mejor, aplicando presión con un dedo sobre el tercio inferior tibial por cerca de 30 segundos. Puede ser mostrado también sobre la pared abdominal (marca del estetoscopio de Pinard o del transductor del Doctone) y en el área sacra (marca de las arrugas de la ropa o sábana al amanecer). Puede ocurrir hasta en el 40 % de las pacientes normotensas, pero puede ser el primer signo de preeclampsia pero es muy variable; en la actualidad no es necesario como elemento de diagnóstico. El edema se clasifica en cruces:

+ Edema pretibial, maleolar o de pies.

++ Edema de pared abdominal o región lumbosacra

+++ Lo anterior y/o edema facial y de manos

++++ Anasarca (o ascitis)

Una regla sencilla y práctica para vigilar la curva ponderal durante el embarazo es la siguiente: una mujer aumenta en todo el embarazo aproximadamente el 20% de su peso ideal. El aumento debe ser: primer trimestre: 1.0 a 1.5 Kg. en todo el trimestre, en el segundo trimestre: 1.0 a 1.5 Kg. por cada mes, en el tercer trimestre: 1.5 a 2.0 Kg. por cada mes. En total resulta de 8.5 a 12 Kg. en todo el embarazo.

Para diagnosticar la preeclampsia severa es necesario encontrar la tensión arterial (TA) de 160/110 Mm. Hg. o más, con la paciente en reposo en cama, en

dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro registro. Proteinuria de 2 g. a más en orina de 24 horas, o bien 3 + a 4 + en examen semicuantitativo con tira reactiva, en una muestra de orina tomada al azar. Oliguria. Diuresis de 24 horas menor de 400 ml (menos de 17 ml por hora). Trastornos cerebrales o visuales (como alteración de la conciencia, cefalea, fosfenos, visión borrosa, amaurosis, diplopía). Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen (dolor en barra), es probable que sea el resultado de necrosis hepatocelular, isquemia y edema que estiran la cápsula de Glisson, este dolor a menudo se acompaña de enzimas hepáticas seriadas y suele ser un signo para terminar el embarazo. El dolor pronostica tanto infarto y hemorragia hepática como ruptura de un hematoma subcapsular. Para el diagnóstico también se considera el edema pulmonar. Cianosis. Función hepática alterada. Trombocitopenia,²⁰ esta última es característica de una preeclampsia que empeora; probablemente esta causada por activación y agregación plaquetarias y por la hemólisis microangiopática inducida por el vasospasmo grave.²¹

Para el tratamiento en la preeclampsia el reposo en cama es la base fundamental del tratamiento; depende de su severidad, de la salud del feto y de la etapa del embarazo en la que se encuentra la madre. La elección depende de múltiples factores maternos y fetales. Los objetivos consisten en prolongar el embarazo, de ser posible hasta lograr la madurez pulmonar fetal, previniendo al mismo tiempo la evolución general grave de la preeclampsia. El parto se puede efectuar por inducción del trabajo de parto o por operación cesárea si el feto no podrá tolerar el trabajo de parto o si este no puede ser inducido exitosamente. Si la gestación se encuentra antes de la semana 34 el tratamiento con glucocorticoides es bueno para acelerar la maduración pulmonar fetal, para alcanzar un beneficio óptimo requiere de 48 horas. El feto muy prematuro se beneficia ya que el riesgo de hemorragia intracraneana se reduce luego de unas pocas horas de tratamiento con esteroides. Entre la semana 34 y 36 la amniocentesis es útil para determinar la madurez pulmonar fetal, después de las 36 semanas no es

²⁰ Op.Cit. Federación Mexicana de Obstetricia y Ginecología. 1999:9

²¹ Op.Cit. F.GARY Cunningham, 2003:491-492

necesario.

este padecimiento es el que más influye la correcta atención prenatal, pues su descubrimiento con un diagnóstico precoz en sus fases iniciales, permite su tratamiento oportuno, con la cual, en la gran mayoría de los casos se evitan las complicaciones. Desgraciadamente el embarazo puede acelerar la enfermedad pre-existente y conducir a un deterioro considerable de la calidad de vida. En algunos casos se ha visto en la necesidad de contraindicar un embarazo o incluso tener que interrumpirlo por el deterioro acelerado de la salud materna: en muy buena parte de estos casos la razón es la aparición de Preeclampsia que deteriora los órganos vitales maternos o empeora la enfermedad de base y pone en peligro la vida; no habiendo otra opción que terminar el embarazo.

3.4 ETAPA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (ADULTO JOVEN)

Existe un claro paralelismo entre las edades cronológicas del hombre y su propio desarrollo anímico-espiritual. En primer lugar recordemos que el hombre nace, crece, se reproduce y muere. En la etapa de ser niño se concibe como inocente, curioso que se deja llevar por sus impulsos y emociones. La adolescencia es otra etapa crucial del individuo en ella encuentra que no todas sus necesidades se encuentran satisfechas y esa inquietud le hace ser rebelde e inconforme, busca satisfacción, aventura, descubrir y tener nuevas experiencias, es una etapa de crítica, pero también es la etapa de reafirmar su propia personalidad.

La etapa adulta temprana (18-35 años de edad) que es la que nos interesa en este caso, se caracteriza por haber superado las oscilaciones y los cambios bruscos y caóticos dando paso a una situación de mayor estabilidad y equilibrio

emocional, mayor crecimiento de las facultades mentales y reflexivas, con un juicio desarrollado de la identidad, profundizan su capacidad de amar a los demás y cuidarlos mediante el trabajo, cambio de carácter como de actitud, socialización y madurez consigo mismo y con el resto de las cosas que lo rodean, con sus semejantes, con la realidad, con la naturaleza, con el universo entero, mayor maduración en todos los aspectos. Sin embargo el desarrollo de cada persona es un proceso único.²² En esta etapa tiende a encontrarse sometidos a todo tipo de retos, estímulos y conflictos, entre estos se encuentran las exigencias laborales y de formar una familia, aunque estos adultos también pueden ver recompensados sus esfuerzos mediante la carrera profesional y en la vida privada.

Sigmund Freud fue el primero en proporcionar una teoría formal y estructurada del desarrollo de la personalidad señaló cinco fases del desarrollo psicosexual como es la oral, anal, fálica, latencia y genital que concluía con la adolescencia, posteriormente Erik Erickson amplió el modelo situando la teoría psicoanalítica dentro de una perspectiva sociocultural. Consideraba que el desarrollo era el proceso evolutivo basado en una sucesión de acontecimientos biológicos, psicológicos y sociales, y añadió 3 nuevas fases de la etapa adulta que detallan la finalización del ciclo vital.

El aspecto psicosocial basado en conflictos en donde una persona encuentra los conflictos en sí misma, como: La intimidad contraste con el aislamiento: durante esta etapa el individuo establece relaciones estrechas con otras personas del mismo sexo y del opuesto. Si los jóvenes no han alcanzado un sentimiento de identidad personal, pueden experimentar sentimientos de

²² Op. Cit. POTTER Patricia A. 2002:232

aislamiento.²³

El adulto se preocupa por desarrollar relaciones más íntimas con otros, sin ellos experimenta una sensación de soledad. Es necesario que en esta época el individuo tenga ya un sentido firme de identidad, aunque en este mundo de cambios rápidos las personas a menudo tienen una fuerte sensación de soledad y se sienten inseguras durante la edad adulta temprana hay una tendencia a considerarse "indestructible", esta actitud origina con frecuencia accidentes a su vez altera la imagen y afecta de manera adversa en la auto estimación. Los sentimientos de desamparo y el auto estimación dañada, explican muchos de los suicidios y homicidios que cometen las personas de este grupo de edad. Sin embargo, el adulto joven más estabilizado que se casa y tiene relación íntima con otro y una carrera en curso, tiende a ver su vida como de mayor seguridad, productividad y relación personal.

La vida adulta joven (de los 18 a 35 años), se dividen en 4 etapas o pasajes:

A. Después de los 18 años. El individuo comienza a romper la dependencia en su familia hacia el final de la adolescencia poco después de los 20 años. A esta edad la mayoría de los jóvenes desean dejar el hogar familiar y establecer un papel social y sexual, basado en relaciones con compañeros tomando decisiones sobre su ocupación futura e inicia pasos para prepararse en la que han elegido, también buscan desarrollar su propia filosofía sobre los problemas sociales.

B. En los 20 años. El individuo emprende activamente el logro de sus metas para el varón es el momento de iniciar una carrera en este punto, el adulto

²³ Ibid p. 164-167

joven esta preparado para una relación íntima con el sexo opuesto muchas personas jóvenes gustan de viajar o experimentar diferentes trabajos antes de establecerse, sin embargo, la mujer joven tiene opciones: casarse y tener hijos llenando su papel de crianza; quizá decida iniciar una carrera y posponer los niños, el matrimonio hasta más tarde.

Entre los 20 y los 30 años la persona parece tener mucho tiempo por delante para hacer todo lo que desea en la vida; todo le parece posible y está convencida de que es invencible.

Hacia los 30 años, el individuo suele sentir la necesidad de revalorar y cambiar muchos aspectos de su vida. A menudo encuentra que lo actual lo restringe que está atrapado en un lazo y desea liberarse, descubre que las decisiones que había tomado, no necesariamente son irrevocables. A la edad de los años 30 hay un gran número de divorcios, muchos varones cambian de trabajo o de carrera; las mujeres sin niño pueden decidir tener uno, las que son madres pueden sentir de pronto que han perdido algo y reanudarán su educación o carrera.

C. Hacia los 35 años. La mayoría de las personas se establecen normalmente y comienzan a “hechar raíces” en la comunidad.

D. Los primeros años de ésta etapa suele ser una edad estable en que las responsabilidades se toman con seriedad. Es el momento en que muchas parejas compran casas, forman una familia y se hacen de un lugar en la comunidad. Los solteros de ésta edad también parecen anhelar la estabilidad, desean su propio “nido” y comienzan a desear con seriedad lograr sus metas o su carrera, los adultos jóvenes constituyen el sector más sano de la población

se considera que esta etapa se ausenta las enfermedades en la mayoría de las veces y se manifiestan tiempo después.

Las enfermedades que comúnmente se presentan entre los jóvenes, son las de transmisión sexual que han alcanzado proporciones epidémicas en el grupo de adultos, debido en gran parte a las costumbres sexuales de la sociedad actual.²⁴

3.5 PROCESO DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS

El proceso de atención de enfermería es el método que utiliza el profesional de enfermería para dar atención de calidad y calidez al individuo sano o enfermo, familia o comunidad para el logro de objetivos específicos.²⁵ Proporciona las bases para cubrir las necesidades en forma individualizadas.

Es un método mediante el cual se aplica el marco teórico a la práctica de enfermería; define el alcance de la práctica de enfermería e identifica las directrices de la asistencia de enfermería, crea mayor satisfacción y aumento en el desarrollo profesional.

Las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes, en donde es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la otra, por lo que se caracteriza como sistemático, dinámico, intencionado, interactivo, flexible y tiene una base teórica que se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos misma que se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

²⁴DUGAS Beverl Witter. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª ed. Ed. Interamericana. México. DF.1986:130

²⁵ ATKINSON Leslie, MUNRRAY Mary, Proceso de Atención de Enfermería 5ª ed. Ed. Interamericana, México DF. 1996:225.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención.

El proceso de atención de enfermería consta de cinco pasos:

VALORACION

Es el primer paso en el proceso de atención de enfermería, es sistemática y continua, sus actividades se centran en la obtención de información, hechos y descubrimientos, fortalezas y necesidades relacionadas con la persona, familia y comunidad. Valorar involucra la participación activa del paciente y de la enfermera, entran en una interrelación con información específica y experiencias previas que influyen sus percepciones e interpretaciones; en esta etapa se determina: El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, la causa de la dificultad en tal situación, la interrelación de unas necesidades con otras, la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Tipos de Datos: Los datos pueden ser objetivos o subjetivos, históricos o actuales. Los datos objetivos denominados signos o datos manifiestos se detectan por medio de la observación o se comprueban mediante el uso de un estándar aceptado. Los datos subjetivos también llamados síntomas o datos cambiantes, los datos históricos como el interrogatorio, los datos actuales como el examen físico, resultados de laboratorio y gabinete, etc., de estos resultados la enfermera concentra los problemas de salud reales o potenciales.

Fuentes de Datos: Las fuentes de datos son primarias y secundarias. El paciente es la fuente primaria de datos. Las fuentes secundarias o indirectas,

son las personas relacionadas con la paciente, otros como registros, reportes y literatura relevante.

Método para la obtención de Datos: Estas son los principales métodos para la obtención de datos como es la observación, entrevista, el consultar, examinar, inspeccionar, auscultar, la percusión y la palpación.

En la observación es conseguir datos mediante el uso de los cinco sentidos; en el caso de enfermería observa en forma principal a través de la vista sin embargo todos sus sentidos se encuentran comprometidos durante la observación. Observar es una habilidad consiente y deliberada que desarrolla solo a través del esfuerzo y con un aprovechamiento organizado.

La entrevista es un tipo de comunicación planeada o una conversación con un propósito, como el de obtener datos, dar y recibir información, identificar problemas de interés mutuo, evaluar cambios, enseñar, dar ayuda, proporcionar asesoramiento. Es un proceso que emplea la enfermera durante todo el proceso de enfermería. El entrevistador establece el propósito de la entrevista y la controla mediante preguntas concretas que requieren respuestas específicas, el cual vincula la valoración de enfermería.

El objetivo principal en esta, es identificar los patrones de salud y de enfermedad, la presencia de factores de riesgo en problemas de salud física y del comportamiento, cualquier desviación de la normal y los recursos disponibles.

La consulta es una deliberación entre dos o más personas. La consulta difiere en que cuando la enfermera consulta toda la responsabilidad del cuidado del

paciente recae en ella. La referencia es la transferencia del cuidado del paciente a otra persona.

Examen, en este incluye la valoración de todas las partes del cuerpo y la determinación de los signos vitales, altura y peso. Aquí la enfermera puede enfocarse a un área de problema específico notable de la valoración.

En la inspección que es un examen visual, esto es valorar con el uso del sentido de la vista. Abarca la observación simple y con ayuda de instrumentos provisto de luz como el otoscopio. La inspección es un proceso activo no pasivo.

En la auscultación es un proceso de escuchar los ruidos que se producen dentro del organismo y puede ser directa e indirecta. La primera se realiza con la utilización simple del oído, la indirecta es mediante el uso del estetoscopio. Los ruidos de la auscultación se describen de acuerdo con su tono, intensidad, duración y calidad.

En la percusión que es un método en el cual se golpea la superficie corporal para producir ruidos que pueden escucharse o vibraciones que puedan sentirse. En esta se utiliza para determinar el tamaño y la forma de órganos internos mediante el establecimiento de sus bordes e indica si su tejido se encuentra lleno de líquido, aire o es sólido. La percusión produce a saber cinco tipos de sonidos como es el monótono, mate, resonante, hiperresonante y timpanito.

En la palpación que es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto, en el que se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de

terminales nerviosas son altamente sensibles a la discriminación táctil. La palpación se utiliza para determinar textura, temperatura, vibración, posición, distensión, presencia, sensibilidad etc.

DIAGNÓSTICO

Es el segundo paso, es la fase durante la cual la enfermera analiza e interpreta de forma crítica los datos reunidos durante la valoración e identifica problemas, formula diagnósticos de enfermería, establece juicios y conclusiones. Los diagnósticos enfermeros NANDA, proporciona las bases para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr objetivos de que la enfermera es responsable.

Los diagnósticos tienen los siguientes elementos:

- **Etiqueta diagnóstica o nombre:** consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
- **Definición:** incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.
- **Características definitorias:** son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico.
- **Factores relacionados:** son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnósticos, que pueden ser descritos como: antecedente de, asociado con, relacionado con, contribuyente a,

provocado.

El enunciado se compone de de tres partes que son: P: problema, **E:** etiología y **S:** signos y síntomas.

Los tipos de diagnósticos son:

Diagnóstico Real: Lo definen los signos y síntomas principales para confirmar su existencia.

Diagnóstico Potencial: Es el que no esta presente en el momento de realizar la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo para aparecer en cualquier momento posterior.

Diagnóstico Posible: Cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia, describe problemas que pueden presentarse, requiere datos adicionales para confirmarlos o descartarlos. Se presentan factores que llevan a sospechar el diagnóstico.²⁶

PLANEACION

Se elabora un plan de atención en donde determinan qué estrategias se utilizará para ayudar a solucionar, disminuir o evitar los problemas del paciente y familia, identificados en el diagnóstico. En ella se establecen prioridades para diagnóstico de problemas, fija objetivos, escribe las acciones de enfermería y registra en el plan de cuidados los diagnósticos e intervenciones de enfermería de forma organizada, mismo que sirve como registro permanente. Las anotaciones de enfermería son un registro legal de los cuidados administrativos

²⁶ Op. Cit. FERNANDEZ Ferrin. 1999:43

del paciente, permite comparar y evaluar la evolución del paciente, evalúan la responsabilidad de la enfermera en un pleito legal, reflejan las capacidades del paciente y pueden determinar el grado de lesión en accidentes o reclamos de compensación, justifican determinadas modalidades de tratamiento. Las anotaciones de enfermería que se realizan en forma detallada y exacta pueden proteger al paciente, a quienes lo atienden y a la institución, además que proporciona una base para la investigación de enfermería.

Las enfermeras deben documentar la calidad de los cuidados. Las acciones de enfermería deben ser seguras para el paciente, congruentes con otros tratamientos, basarse en los principios y conocimientos adquiridos en una educación y experiencia previas en enfermería y debe registrar acciones para el logro de cada objetivo. En las etapas de planificación y ejecución según sirve para la formulación de objetivos de independencia basándose en las causas de la dificultad detectadas, en la elección de las intervenciones suplen o ayuda más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

EJECUCIÓN

Es el cuarto paso en el proceso de atención de enfermería, es el inicio y ejecución de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en validar el plan (si es seguro, razonable e implica atención de enfermería de calidad), documentarlo y comunicarlo. Se continúa la colecta de datos, no sólo para ver cómo reacciona el sujeto a las intervenciones de enfermería, sino también para proporcionar mayor información con objeto de revisar el plan a medida que cambia el estado del

sujeto el cual debe participar activamente y trabajar con la enfermera para adaptar las intervenciones conforme a sus necesidades, tiene el derecho de rechazar o solicitar otras. La enfermera debe ser flexible y estar abierta a sugerencias y prioridades cambiantes del sujeto y sus familiares, está comprometida ayudarlos a comprender y aceptar la atención de enfermería a fin de promover la salud, reducir, eliminar o prevenir problemas.

EVALUACIÓN

En esta etapa se realiza un proceso continuo, consiste en revisar todo el plan de atención y establecer medidas correctivas, lo que significa actualizar la base de datos, es decidir si los diagnósticos originales aún son exactos o si se debe agregar nuevos diagnósticos de acuerdo a la evolución y comportamiento del paciente; se revisa los objetivos e intervenciones de enfermería que pueden modificarse con base a la información actual y al mismo tiempo se evalúa la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. La etapa de evaluación ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Esto no significa que las enfermeras le proporcionen la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

4. METODOLOGIA

4.1 ENFOQUE

Las investigaciones deben de ser catalogadas para su mejor realización, la cual puede hacerse en base a uno o más criterios o características que poseen los objetos de estudio. Esta investigación está basada en el enfoque cualitativo ya que se utilizó el método inductivo el cual implica inmersión completa en el campo, e interpretación contextual, en donde la observación es la técnica principal para el conocimiento de los datos. Cabe mencionar que en este enfoque uno de los propósitos fundamentales es reconstruir la realidad, tal y como se observa.

4.2 METODOS

Se utilizó el método inductivo la que implica partir de lo particular a lo general y el etnográfico; es el que permite describir e interpretar los datos que originen las técnicas e instrumentos de investigación.

El método inductivo parte de lo particular a lo general, no pretende generalizar resultados, parte de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modo único de ver las cosas, lo cual afecta la conducta humana.

El método etnográfico es el que se realizó en el lugar de los hechos, nos permite comprender y conocer como se comporta un grupo de personas o el caso de este proyecto, de una sola persona.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación se utilizó una observación semiestructurada y una entrevista estructurada de la cual se retomaron datos de suma importancia respecto a la problemática planteada.

La observación simple y participativa es útil para evitar inhibiciones o alteraciones de la conducta de los sujetos que se observan. Esta observación favoreció en gran manera ya que el fenómeno se conoce desde adentro, es natural, ya que el investigador interactúa directamente con el sujeto de estudio, cabe mencionar que con la observación participativa se obtiene mayor riqueza porque se hace directamente.

Es importante recalcar que la recopilación se efectuó a través de un instrumento metodológico de recolección de información que consiste en un cuestionario estructurado bajo el modelo de Virginia Henderson, mismo que se obtuvo de una tesis en la biblioteca de la escuela de enfermería del estado.

(Anexo 6)

4.4 SUJETO DE ESTUDIO

Es una persona adulta joven, paciente que cursa con embarazo en el tercer trimestre con alteración en el mantenimiento de la salud, con preeclampsia leve, se pretende identificar necesidades de dependencia y proporcionar cuidados de enfermería individualizados en un sentido holístico, basados en el modelo de Virginia Henderson.

4.5 TIPOS DE INVESTIGACION

Se utilizó la investigación de campo y la investigación documental, la primera se caracteriza porque el investigador esta directamente en el lugar de los hechos, obteniendo datos que le serán de utilidad a través de la observación, encuestas, entrevistas, etc. La segunda, son los fundamentos teóricos que se investigan en diversos documentos como libros, revistas, páginas de internet u otros documentos.

4.6 PROCEDIMIENTO

Se procede a la valoración, en la que se recopiló, verifíco y organizo datos como son datos objetivos obtenidos a través de las técnicas de la observación y exploración, y los datos subjetivos recopilados de la entrevista verbal, misma que ayudó a identificar, corregir y hacer de mi atención y esmero hacia esos aspectos de detección temprana en la salud de la paciente a fin de incidir en la preservación o modificación de las formas de pensar, en la forma de ver las cosas o bien en los estilos de vida.

Esta recopilación se efectúa a través de un instrumento metodológico de recolección de información que consiste en un cuestionario estructurado bajo el modelo de Virginia Henderson, mismo que la obtuve de una tesis en la biblioteca de la escuela de enfermería del estado. (Anexo 6)

Al mismo tiempo se trabajo la fundamentación teórica, sé interacciono con la persona objeto de nuestra investigación con las 5 etapas del proceso de atención de enfermería; bajo el mismo modelo, que por su sencillez y facilidad de comprensión nos permite sistematizar y priorizar las necesidades del

paciente en forma holística llámese físico, social, emocional, moral o espiritual.

Posteriormente se realiza un resumen valorativo de cada una de las necesidades extrayendo información del instrumento de la recolección de datos basados en la problemática encontrada, se formulan los diagnósticos de enfermería reales y potenciales o de alto riesgo, ubicándolos por orden jerárquico de acuerdo a las necesidades de la personas y los riesgos que se podrían presentar en su situación. Para la conclusión de los diagnósticos de enfermería también se hizo el ejercicio de señalar el nivel de dependencia / independencia de la persona frente a cada necesidad. Continuando con el desarrollo del proceso de atención de enfermería se formula el plan operativo, este plan incluye a la familia de la persona estudiada; en el se desglosan los diagnósticos de enfermería, los objetivos e intervenciones y acciones con su respectiva fundamentación científica en cada necesidad o problema, se registra su ejecución y la evaluación de la misma.

La fase de evaluación del proceso se hizo de acuerdo a los objetivos formulados; para continuar con la atención de enfermería domiciliaría (ver anexo 7) se elaboró un plan de seguimiento; creado para que la persona y la familia continúen realizando acciones que permitan fomentar la salud. Periódicamente se realiza visita domiciliaria con enfoque educativo en las áreas de oportunidad.

Se conforma la redacción del mismo posteriormente se discuten las partes con sus respectivas conclusiones y sugerencias.

Previamente se realizó el curso vía Internet, con asesoría y tutoría por mi Maestra Rocío del Carmen Guillen Velasco, con el primordial objetivo de

reforzar el conocimiento previo adquirido y brindar los lineamientos para la realización de este trabajo.

Este proyecto de enfermería se realiza del periodo comprendido del 6 de Junio al 15 de Agosto del 2005. El cual se aplica a un adulto joven, paciente que cursa con embarazo en el tercer trimestre con alteración en el mantenimiento de la salud, con preeclampsia leve, se pretende identificar necesidades de dependencia y proporcionar cuidados de enfermería individualizados en un sentido holístico, basados en el modelo de Virginia Henderson.

Primeramente se realiza una entrevista directa, para este fin, en forma escrita, se le pide a la paciente como a su familia el consentimiento informado para proceder con la investigación, se le explica en que consiste la investigación resaltando que es objeto de estudio, garantizando que la información adquirida, es confidencial.

Aunado a ello se utiliza la taxonomía de diagnósticos de enfermería (NANDA), que por ser científico es la que da la base sólida en la práctica asistencial. Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación e incluyen los componentes básicos de los diagnósticos enfermeros. Fue necesario realizar una investigación bibliográfica, en busca de los elementos teóricos y metodológicos que sustenten la investigación y posibilitaran el sentido crítico en la proporción de los cuidados de enfermería, conocimientos abstractos que posteriormente fueron aplicados de manera concreta en el desarrollo de este proceso. Se recurrió al análisis de textos para seleccionar la información del cual se elaboran fichas bibliográficas de trabajo, de resumen y

textuales con las cuales se estructura la parte teórica del mismo.

El estudio se torna en prospectivo de acuerdo con la evolución del fenómeno y descriptivo por describir el fenómeno que se presenta y el individuo que vive el fenómeno. Se culmina con esta investigación con las conclusiones que sobre la misma nos permitimos hacer producto del trabajo realizado, los logros obtenidos, las dificultades y facilidades presentadas.

Se integran y consolidan conocimientos durante el desarrollo de la investigación, misma que es de mi total satisfacción.

5. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

5.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Datos Generales:

La valoración de enfermería (ANEXO 6) de las siguientes necesidades de enfermería se realiza en la paciente Sra. N. S. B., de 37 años edad, nació el 28 de agosto de 1968, segunda de tres hermanos, peso: 80 Kg., talla: 1.50 cm. Una primera parte se realiza en casa de la paciente con dirección de 1ª Av. Oriente Norte # 25, Col. Cristóbal Obregón, Villaflores Chiapas, con teléfono 65 120 56, y la siguiente en el servicio de hospitalización del Hospital General Pascasio Gamboa. De ocupación del hogar, escolaridad preparatoria, nivel socioeconómico medio de habla castellano.

14 NECESIDADES BÁSICAS
1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Describe que no tiene problemas con su respiración, y no tiene antecedentes de tabaquismo.</p>	<p>A la exploración presenta, pulso de 72x', presión arterial de 140/90 mmHg, respiración 20x' y una temperatura de 37.0°C con estado de conciencia lucida, alerta y cooperadora, buena coloración de tegumentos, lechos ungueales color rosa pálidos. No se escucha ruidos agregados a la auscultación.</p>	<p>Datos de independencia Piel y mucosa hidratadas, permeabilidad de vías respiratorias, frecuencia, ritmo y profundidad normales.</p> <p>Datos de dependencia Fatiga al exceder en ejercicio o caminata.</p>	

2- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Externa que su dieta habitual consiste en consumir: pocas verduras y frutas, carne de pollo, res y a veces pescado, consume frituras y pan, leche y café, menciona que hace 3 a 4 comidas diarias, deglute y mastica bien cuando come sus alimentos, los horarios de sus alimentos son: desayuno a las 8 a.m., la comida varía de 3 a 4 de la tarde y cena es entre 8 y 9 p.m., dice que a veces se le quita el apetito cuando se encuentra estresada, no tiene idea de la cantidad de comida que ingiere pero refiere comer en cantidades pequeñas.</p> <p>Consume mucha agua pura y toma refrescos embasados “por antojo”. Cuando le invade la depresión presenta anorexia.</p>	<p>Su alimentación es precaria, tiene gusto por frituras y carbohidratos, no consume los 3 grupos básicos de alimentación, no tiene problemas de deglución y masticación. Presenta inapetencia por causa de depresión, estrés y angustia. Se observa piel de color morena clara, hidratada.</p> <p>Cambio en el estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida.</p>	<p>Datos de independencia</p> <p>La comida se prepara en casa, sigue una dieta variada pero no equilibrada y nutritiva, gusta por consumir frituras. Ingesta de líquidos adecuados, consume principalmente agua, refrescos embasados, leche, café.</p> <p>Datos de dependencia.</p> <p>Ingiere una alimentación precaria, recae en inapetencia por depresión, tegumentos pálidos. Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como ansiedad). Patrones alimentarios disfuncional.</p>	<p>Falta de fuerza</p> <p>Falta de Conocimiento</p> <p>Falta de voluntad</p>

		<p>Información u observación de peso de referencia cada vez más alto al inicio de cada embarazo.</p> <p>Disminución o falta de motivación.</p>	
--	--	--	--

3- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Exterioriza que evacua de 2 a 3 veces en el día, de color café oscuro o varia el color de acuerdo a los alimentos ingeridos, que orina de color amarillo ámbar cantidad moderada de 6 a 8 veces al día.</p>	<p>A la exploración se palpa abdomen ocupado con producto de la gestación en presentación cefálica, presencia de ruidos peristálticos, vejiga sin presencia de globo, no presenta ardor ni dolor a la hora al mocionar.</p>	<p>Datos de independencia. Evacua de 2 a 3 veces en el día, de color café oscuro, de consistencia normal, orina de color amarillo ámbar cantidad moderada de frecuencia de 6 a 8 veces al día.</p> <p>Datos de dependencia. Presencia de producto de la concepción, que ocupa espacio pélvico y comprime la vejiga. Posterior a la intervención quirúrgica se prolonga el reposo absoluto por lo que en la eliminación urinaria manifiesta agitación y</p>	<p>Falta de voluntad</p>

		malestar abdominal, dolor al incorporarse.	
--	--	--	--

4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Dice que el clima que le gusta es cálido, ya que es el que menos le afecta y menciona que en ocasiones le da temperatura en los cambios bruscos de clima, solo que ahora que se encuentra embarazada se siente con bochornos.</p>	<p>Le agrada el clima cálido, el clima frío le afecta en ocasiones. Su temperatura corporal es de 37.0° C; en lo que respecta a su transpiración es normal.</p>	<p>Datos de independencia. Su temperatura corporal es normal y adecuada. Evita de temperaturas ambientales extremas, por temor a enfermarse.</p> <p>Datos de dependencia. No se observan.</p>	

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Argumenta que con frecuencia realiza cambios frecuentes de posición o estar en movimiento por el espacio y peso que va ganando su embarazo.</p>	<p>Se observa con postura erguida con flexibilidad y buenos reflejos.</p> <p>Umbral bajo al dolor, en el postoperatorio.</p>	<p>Datos de independencia.</p> <p>Colabora con las actividades domésticas, sale de compras. Reposa sentada. Se cansa después de una jornada prolongada o de ejercicio extenuante.</p> <p>Datos de dependencia.</p> <p>Al avanzar el embarazo nota el edema recalcándose principalmente en miembros inferiores. Aumento de peso. Sensibilidad al dolor.</p>	<p>Falta de fuerza.</p>

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Indica que se cansa con rapidez a medida que avanza su embarazo por eso la mayor parte del tiempo se la pasa sentada o acostada, toma una siestesita, después del baño, su descanso varía durante el día ya que no tiene un horario fijo, y por la noche se acuesta a las 10:00 p.m., y se levanta a la 6: 00 a 6:30 a.m.</p>	<p>Al interactuar, no padece de insomnio. Con alteración emocional, no gusta de la buena lectura, pero si del noticiero que le proporciona la televisión, así mismo de su novela preferida.</p> <p>En el área hospitalaria manifiesta estrés al entorno desconocido, limitaciones secundarias a la cirugía y cambios en el ritmo circadiano, patrón de sueño interrumpido.</p>	<p>Datos de independencia. Duerme bien de 8 a 8 1/2 horas diarias.</p> <p>Datos de dependencia. Pensar en el papel que juega en el hogar. Duelo por pérdida del compañero, cambio vital, se siente sola. Pensamientos repetitivos antes del sueño. Cuando le invade la depresión, ansiedad o miedo o tiene que cuidar a sus padres por enfermedad, interrumpe el sueño.</p>	<p>Falta de fuerza.</p> <p>Falta de conocimiento.</p>

7.- NECESIDAD DE USAR PRENDA DE VESTIR ADECUADAS			
DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Refiere que su estado de ánimo influye para la selección de sus prendas de vestir, ya que cuando se siente bien se arregla, expresa que por lo regular usa blusa y pantalón, en tonos combinados como blanco, rojo, celeste etc., zapatos o sandalias bajos y cómodos, habitualmente siempre a usado ropa de algodón, sus creencias nunca le han impedido vestir lo que ha ella le gusta.</p>	<p>Viste de acuerdo a su edad y al clima, se observa alineada y limpia; su capacidad psicomotora es auto suficiente</p>	<p>Datos de independencia. Es muy cuidadosa en sus prendas y en la forma de arreglarse, viste de forma sencilla pero combinada, adecuado a su estado gestacional y al clima.</p> <p>Datos de dependencia. No se observan.</p>	

8- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Alude que se baña dos veces al día en tiempo de calor, por la mañana y por la noche y en temporada de frío el baño lo realiza diario por la tarde, su cepillado de dientes es tres veces al día después de cada comida, pero no entre comidas; No frecuenta al odontólogo. Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.</p>	<p>En lo que respecta al clima ambiental se encuentra limpio, Cabello sedoso, cuero cabelludo no presenta seborrea, a la exploración se observa caries en el tercer molar inferior, su tez es morena clara, estirada por sobrepeso, no presenta lesión dérmica, utiliza cremas hidratantes para su cuerpo que se aplica después del baño. Cicatriz en brazo derecho correspondiente a la vacuna de BCG. Tercer molar inferior cariado, sin halitosis.</p>	<p>Datos de independencia. Aspecto limpio y arreglado (uñas), sin callosidades, Medio ambiente limpio, decorado y ordenado.</p> <p>Datos de dependencia. Tegumentos y conjuntivas pálidas. Caries en tercer molar inferior.</p>	<p>Falta de conocimiento. Falta de voluntad.</p>

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Señala que conoce poco acerca de la prevención de complicaciones de su enfermedad. Presenta trastornos en la presión arterial, anemia. Expresa que quiere saber bien sobre el auto cuidado. Cuando tiene problemas o se encuentra en una situación de urgencia llora se pone nerviosa y se estresa, llora para desahogarse.</p> <p>Se siente protegida por sus familiares y al rezar a Dios, pero no busca ayuda desde tiempo atrás.</p>	<p>Comienza con un control prenatal por en gineco-obstetra. Tiene cita para exámenes de laboratorio y USG, situaciones de tensión en su vida las canaliza con desesperanza, tensión e inquietud, no presenta ninguna deformación congénita, las condiciones de su ambiente del hogar es tranquilo y agradable.</p>	<p>Datos de independencia. Llora.</p> <p>Datos de dependencia. No cuenta con el apoyo físico de su esposo, se deprime. Desconoce acerca de su patología manejo y complicaciones. Deterioro perceptual o cognitivo.</p>	<p>Falta de fuerza.</p> <p>Falta de conocimiento.</p> <p>Falta de voluntad.</p>

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Menciona que convive con sus padres, a la cuadra vive su hermana con los que tiene buena comunicación, así también con vecinos y amigos, expresa que se siente bien consigo misma. Dice que le gustaría que sus demás familiares la visitaran con más frecuencia, puesto que se encuentran dispersos.</p> <p>De autoestima baja, cuando la rechazan.</p>	<p>Su comunicación es clara y coherente con lo que piensa, dice y realiza, se observa estimulada cuando la visitan.</p> <p>Se observa tener buenas relaciones en torno a su familia, pues se respira un ambiente tranquilo y con mucho respeto.</p> <p>Sin embargo se observa estar en un estado depresivo parcial.</p>	<p>Datos de independencia.</p> <p>Tiene facilidad de palabra, desarrolla buenas relaciones familiares y a su entorno.</p> <p>Datos de dependencia.</p> <p>Externar sus temores, miedos, Buscar ayuda profesional, entre sus amigos y familiares. Tiene que salir adelante por ella misma y el hijo que lleva en sus entrañas.</p>	<p>Falta de fuerza.</p>

11- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Recalca que es de religión católica, expresa que le da gracias a Dios por todo lo que le da, pero refiere sentir un vacío por la muerte de su esposo, necesita buscar a Dios más de cerca.</p>	<p>Se observa que al regresar de la iglesia y después de leer La Biblia u otro libro cristo céntrico, se ve mas animada y con fe, confiando que todo va a salir bien de su enfermedad.</p>	<p>Datos de independencia. Es católica, no practicante. Se siente bien consigo misma de no realizar actos malos.</p> <p>Datos de dependencia. Buscar a Dios para fortalecer su espíritu triste y desesperado por los cambios vitales, dolor por la muerte de su ser querido.</p>	<p>Falta de fuerza.</p>

12- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Manifiesta que ha trabajado en forma esporádica, se sustenta de la renta de sus terrenos, para ella es muy importante sus padres y su embarazo, se siente respaldada por su hermano y hermana que sustentan la casa, menciona que le gusta aprender y elaborar manualidad de vez en cuando. Tiene miedo de no manejar bien los bienes con que cuenta. Inseguridad al no respaldarse en su esposo, se siente enfrentarse sola ante el mundo incierto, junto con su hijo que esta por nacer.</p>	<p>Actualmente no trabaja, se dedica a ciertas actividades domésticas en casa, se cansa con rapidez. Se siente culpable por no haber conseguido su carrera profesional antes, y de obtener un empleo institucional. Falta de experiencia o interferencia en la toma de decisiones y responsabilidad en el nuevo rol.</p>	<p>Datos de independencia. Por el momento no trabaja se sustenta de sus bienes y de la renta de sus terrenos y del apoyo que su hermano mayor le brinda, al igual del apoyo de sus padres.</p> <p>Datos de dependencia.</p>	

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Expresa que dentro de sus actividades recreativas es ir a la iglesia, caminar un poco con sus padres, ver televisión; presenta situaciones de depresión, angustia y estrés cuando no sale por cambios del clima, le gusta ir al parque, porque le ayuda a relacionarse con las demás personas. No a asistido a la Iglesia.</p>	<p>No tiende a darle rechazo a las actividades recreativas, sin embargo es resiente la pérdida de su esposo, esto ocasiona que su estado de ánimo y depresión este empantanados, es alegre sin embargo permanece más tiempo triste.</p>	<p>Datos de independencia. Sus actividades recreativas las comparte con sus padres que son adultos mayores. Cuando hay fiesta en la colonia le gusta participar en la organización del festejo, actividad que no ha realizado por guardar luto.</p> <p>Datos de dependencia. Buscar actividades que mantengan ocupada su pensamiento.</p>	<p>Falta de fuerza.</p>

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD
<p>Describe haber cursado la preparatoria y no haber terminado la universidad, en un futuro su meta es terminar en nivel semiescolarizado.</p> <p>Tiene interés y necesidad en conocer más acerca de su enfermedad y de las complicaciones, porque quiere tener un auto cuidado y de aprender a como cuidar a su futuro hijo, de saber si será sano.</p>	<p>La paciente no es analfabeta, tiene buena retentiva y aprende con facilidad, es optimistas en cada oportunidad le gusta informarse, y compartir su estado de salud, muestra interés en la orientación sobre la prevención y el auto cuidado de su salud y no conocer las complicaciones de su enfermedad.</p>	<p>Datos de independencia. Cooperadora e interesada.</p> <p>Datos de dependencia. Conocimientos deficientes. Barreras ambientales.</p>	<p>Falta de fuerza</p> <p>Falta de volunta</p> <p>Falta de conocimientos.</p>

5.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

PATRON: Nutricional/Metabólico				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Nutrición e hidratación	Diagnóstico real	Falta de fuerza Falta de conocimiento	Mediano	Parcialmente dependiente
<p>DIAGNOSTICO: Alteración de la nutrición: por defecto R/C el desequilibrio nutricional entre la ingesta calórica y el gasto energético, M/P comer en respuesta a claves internas al hambre (ansiedad) y observación del uso de alimentos como medida de recompensa de bienestar.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Percepción/Mantenimiento de la salud				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Higiene y protección de la piel	Diagnóstico real	Falta de fuerza Falta de voluntad	Corto	Independiente
<p>DIAGNÓSTICO: Deterioro de la dentición R/C la higiene oral ineficaz y déficit nutricional M/P pieza dentaria cariada.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Reposo/sueño				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Descanso y sueño	Diagnóstico real	Falta de fuerza Falta de conocimiento	Largo	Dependiente parcial, temporal.
<p>DIAGNOSTICO: Alteración del patrón de sueño R/C cambios vitales, duelo, miedo a un entorno desconocido, limitaciones secundarias a la cirugía M/P cambios en el ritmo circadiano, estrés, ansiedad, fatiga de cansancio.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Trastorno de la cantidad y calidad de sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Valores/ Creencias				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Vivir según creencias valores	Diagnóstico Real	Falta de fuerza	Corto	Independiente
<p>DIAGNOSTICO: Deterioro de la religiosidad R/C el afrontamiento de la enfermedad, perdida del cónyuge M/P desesperanza, depresión, duelo, angustia.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Deterioro de la capacidad para apoyarse en la confianza en las creencias religiosa o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Cognitivo/Perceptivo				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Aprendizaje	Diagnóstico real	Falta de conocimiento Falta de fuerza	Corto	Parcialmente Independiente
<p>DIAGNOSTICO: Déficit de conocimientos: con enfermedad y tratamiento R/C falta de capacidad para adquirir conocimientos M/P trastornos hipertensivos, descontrol de peso y anemia.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Autoimagen/ Autoconcepto				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Evitar peligros	Diagnóstico real	Falta de conocimiento Falta de fuerza	Mediano	Independiente
<p>DIAGNOSTICO: Ansiedad R/C los resultados inciertos del riesgo perinatal, naturaleza impredecible de la enfermedad, funciones de rol y un ambiente hospitalario desconocido, M/P pérdida de autocontrol, estrés emocional, temor, inquietud e insomnio.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimientos de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Nutrición/Metabólico				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Higiene y protección de la piel	Diagnóstico riesgo	Falta de conocimiento	Corto	Independiente
<p>DIAGNOSTICO: Riesgo de infección R/C la alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de las acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del ph de las secreciones, alteración del peristaltismo).</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Nutricional/Metabólico				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Evitar peligros	Diagnóstico de riesgo	Falta de conocimiento	Corto	Independiente
<p>DIAGNOSTICO: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C la intervención quirúrgica.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: Cognitivo/Perceptivo				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Evitar peligros	Diagnóstico real	Falta de voluntad	Corto	Independiente
<p>DIAGNOSTICO: Dolor agudo R/C la interrupción quirúrgica en región abdominopélvica M/P irritabilidad, diaforesis, rigidez y expresión de facies de dolor.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.</p>				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRON: De eliminación				
NECESIDAD	TIPO DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE LA DIFICULTAD	TIEMPO PARA ALCANZARLO	RESULTADO DEL PROBLEMA
Evitar peligros	Diagnóstico real	Falta de voluntad	Corto	Independiente
<p>DIAGNOSTICO: Alteración de la eliminación urinaria R/C el reposo absoluto, inhibir o iniciar voluntariamente la micción M/P agitación y malestar abdominal.</p> <p>DEFINICIÓN NANDA (2005-2006): Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina.</p>				

5.3 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Alteración de la nutrición: por defecto R/C el desequilibrio nutricional entre la ingesta calórica y el gasto energético, M/P comer en respuesta a claves internas al hambre (ansiedad) y observación del uso de alimentos como medida de recompensa de bienestar.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Nutrición	Paciente y Familia	160 min.	Domicilio	Mesa redonda	Cuadernillo, Guías de dietas	Investigadora	1 Semana
Hábitos alimenticios	Paciente y Familia	60 min.	Domicilio	Taller	Material impreso Hojas bond y marcador	Investigadora	2 sesiones
Peso	Paciente y Familia	60 min.	Domicilio	Expositiva	Rotafolio	Investigadora	2 sesiones
Autoestima	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Dinámica grupal	Material impreso	Investigadora	1 sesión

OBJETIVO:	La paciente consumirá el aporte nutricional de acuerdo con sus demandas nutricionales, debe enumerar los alimentos nutritivos y expresará el propósito de modificar hábitos alimenticios.	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concientizar para modificar hábitos alimenticios y evitar complicaciones, se proporciona listado de dietas cubiertas por 6 categorías de nutrientes para incluirla en su ingesta. • Proporcionar los alimentos en un ambiente limpio y tranquilo. Instruir a la paciente la importancia de consumir los alimentos lentamente y bien masticados. • Valora y vigila los resultados de Laboratorios de Control, como BHC. • Control de peso semanal. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</p> <p>Existen alteraciones orgánicas que requieren de la utilización de dietas específicas que contribuyan a la conservación o recuperación de la salud o bien al control del padecimiento. ²⁸La detección temprana de estos riesgos posibilita a la enfermera a intervenir para evitar o minimizar su gravedad. ²⁹</p> <p>Un ambiente limpio y agradable es útil para estimular el apetito. ³⁰ Son a saber 32 movimientos. El movimiento normal de los músculos de la masticación y el flujo normal de la saliva también ayuda en gran medida a mantener los dientes limpios. ³¹</p> <p>La dieta hiperprotéica, suple la proteína que es excretada por el riñón y facilita la excreción de líquidos. Las mujeres embarazadas pierden en la orina una cantidad muchos mayor de aminoácidos y vitaminas hidrosolubles que las no embarazadas. ³²</p> <p>Cuando los requerimientos de energía son completamente cubiertos por la ingesta de kilocalorías en forma de alimentos, el peso no</p>	

²⁸ ROSALES, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, 2ª ed. Ed. El Manual Moderno, México DF. 1997:257

²⁹ Op. Cit. BRUNNER y Suddarth.1998:106

³⁰ Op.Cit. DUGAS. 1986:274

³¹ Op. Cit. BRUNNER y Suddarth.1998:898

³² Op. Cit. GARY Cunningham.2003:159

<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja con la familia para brindar un ambiente alegre que inmiscuya a la paciente en actividades para ayudarla a salir de la depresión. • Enseñarle a la paciente a adoptar una postura cómoda durante la ingestión de alimentos. • Se revalúa el proceso, fortaleciendo con enfoque educativo las áreas de oportunidad. 	<p>cambia. Cuando las kilocalorías ingeridas superan las demandas de energía, aumenta el peso de la persona.³³</p> <p>La enfermera se encuentra en posición excelente para reconocer los síntomas de malnutrición, y para tomar medidas para iniciar el cambio.³⁴ Entre los factores que afectan el metabolismo se incluyen enfermedades, embarazo, lactancia y grado de actividad.³⁵</p> <p>Una buena posición con el apoyo adecuado ayuda a disfrutar más las comidas.³⁶</p> <p>El contacto íntimo con las personas y los familiares permite a la enfermera hacer observaciones sobre el estado físico, la ingesta de alimentos, los cambios de peso y la respuesta a la terapia.³⁷</p>
--	--

³³ Ibid. p.1348

³⁴ Ob. Cit. POTTER Patricia A. 2002:1372

³⁵ Idem

³⁶ Op.Cit. DUGAS.1986:271

³⁶ Ob. Cit. POTTER Patricia A. 2002:1372

EJECUCIÓN:	<p>En reunión con la paciente y familia se imparte pláticas educativas sobre el régimen alimenticio, con dinámicas, en las que colaboran. Se les ayuda a planificar soluciones alternativas y se valora la capacidad de la paciente para atender sus propias capacidades físicas.</p> <p>Se le proporciona guías de dietas, valoradas y abaladas por un Licenciado en nutrición, se anima a seguirlas. Cabe mencionar que la paciente fue canalizada al departamento de psicología, en donde asiste a tres sesiones, lo suspende por salir de vacaciones el personal, la paciente decide no asistir más.</p>
EVALUACIÓN:	<p>La paciente y familia se interesan en la información que se le proporciona y en la guías de dietas. Mantiene su nivel de hidratación, evacua heces blandas y formadas, coopera con los ejercicios asignados a medidas que avanza las sesiones. No se logra bajar de peso, sin embargo se mantiene y logra incrementar el nivel de hemoglobina. Comprende que los alimentos con alta densidad de nutrientes, como frutas y vegetales, proporcionan gran número de nutrientes en relación con las kilocalorías. Los alimentos con baja densidad de nutrientes, como el alcohol o el azúcar, son relativamente ricos en kilocalorías y pobres en nutrientes.</p>

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Deterioro de la dentición R/C la higiene oral ineficaz y déficit nutricional M/P pieza dentaria cariada.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Técnica de cepillado	Paciente y Familia	30 min.	Domicilio	Taller	Rotafolio Cepillo	Investigadora	1 sesión
OBJETIVO:	Restaurar pieza dentaria e integrar el autocuidado al crear el hábito de la higiene bucal.						
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la mucosa oral del paciente, la dentadura, el grado de limpieza, integridad, sensibilidad al calor y frío, humedad, edema, color hemorragia y mal aliento. • Fomentar hábitos higiénicos dentales después 				FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA <p>Las caries dentales y el mal estado en la cavidad bucal son fuentes posibles de infección, molestias y dolor para el individuo. ³⁸</p> <p>Las costumbres higiénicas varían mucho en los individuos, estas</p>			

³⁸ Op.Cit. DUGAS. 1986:551

<p>de cada comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona la técnica correcta del cepillado de la cavidad oral. • La paciente se debe limpiar con cepillo de dientes de cerdas suaves y utilizar pasta dentífrica no abrasiva después de los alimentos y a la hora de acostarse; limpiar los intersticios dentales cada 24 horas con hilo dental. • Proveerle de un vaso con agua una hora después de cada alimento. • Reducir la ingestión de azúcares (carbohidratos refinados) y evitar alimentos que provocan molestias (alimentos calientes, fríos y muy condimentados). • Canalizar al odontólogo. 	<p>diferencias se explican por patrones culturales, educación familiar e idiosincrasias individuales.³⁹</p> <p>El objetivo del cepillado es desprender mecánicamente la placa bacteriana que se acumula.⁴⁰</p> <p>Limita los traumatismos y elimina las partículas de alimento que hacen un medio propicio para la proliferación de bacterias.⁴¹</p> <p>La hidratación es necesaria para el estado saludable y la humedad de la mucosa.⁴²</p> <p>Una persona con malas condiciones bucales tienen dificultad para morder o masticar alimentos y se limitará a ingerir los que pueda comer con facilidad.⁴³</p> <p>Los cuidados de la boca incluyen la atención regular del dentista y el aseo adecuado de los dientes.⁴⁴</p>
--	--

³⁹ Ibidem.p.553

⁴⁰ Op.Cit. BRUNNER y Suddarth. 1998:898

⁴¹ Op.Cit. DUGAS. 1986:560

⁴² Op.Cit. BRUNNER y Suddarth. 1998:2013

⁴³ Op. Cit. DUGAS.1986:251

⁴⁴ Ibidem.p.560

EJECUCIÓN:

Durante las primeras visitas que se realizaron, se concientizo para llevar a cabo el autocuidado dentario, se enfatiza la relación de la dieta y caries dental, bajo supervisión realiza la técnica de cepillado correcta. Se canaliza a la paciente al servicio de odontología para corrección de caries.

EVALUACIÓN:

Se alcanza el objetivo, el odontólogo corrige el defecto, quedando esta necesidad parcialmente dependiente.

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Alteración del patrón de sueño R/C cambios vitales, duelo, miedo a un entorno desconocido, limitaciones secundarias a la cirugía M/P cambios en el ritmo circadiano, estrés, ansiedad, fatiga de cansancio.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Técnicas de relajación	Paciente y Familia		Domicilio	Taller	Grabadora, Disco	Investigadora	5 sesiones
Tanatología	Paciente y Familia		Domicilio	Mesa redonda	Computadora	Investigadora	2 sesiones
OBJETIVO:	La paciente identificará los factores desencadenantes y expresará sus sentimientos, enunciará alternativas que le permita satisfacer sus necesidades de sueño.						

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el patrón de sueño normal de la paciente. 	<p>El sueño y el descanso deben valorarse según el patrón usual de sueño, la edad, estado general físico y emocional, los fármacos que se estén administrando.⁴⁵</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la relajación creando un ambiente oscuro, tranquilo con privacidad y buena ventilación. 	<p>El ruido y otras molestias, pueden despertar a la persona y alterar su patrón cíclico de sueño.⁴⁶</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un plan de sueño con la paciente. 	<p>Un plan de sueño específico es útil para enfocar la atención en estos aspectos importantes de los cuidados del enfermo y facilitar la comunicación sobre las necesidades y preferencias.⁴⁷</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Planificar intervenciones encaminadas a limitar la interrupción del sueño, como la entrada de visitas durante los periodos de descanso. 	<p>Esta medida disminuirá la posible interrupción en el periodo de reposo y sueño.⁴⁸</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a que la paciente adopte y realice cambios de posición del cuerpo en 	<p>La posición del cuerpo en alineación correcta ayuda a evitar</p>

⁴⁵ NORMARK, T. M. ROITWEDER. W. A. Principios Científicos aplicados a la Enfermería. 2000:138

⁴⁶ Op.Cit. DUGAS.1986:429

⁴⁷ Ibidem. p. 449

⁴⁸ Idem

<p>cambios de posición del cuerpo en alineación correcta dentro de los límites terapéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procurar que la paciente duerma una siesta por la mañana después del baño y del desayuno. • Alentar a la paciente a expresar sus preocupaciones y molestias antes de dormir. • Antes de dormir proporcionar masaje en las salientes óseas y en la espalda con movimientos circulares. 	<p>contracturas musculares dolorosas.⁴⁹</p> <p>Los cambios de posición alivian la tensión muscular y se evita presión en algunas regiones en particular por un tiempo prolongado.⁵⁰</p> <p>Se considera que las siestas en la mañana son mas útiles que en la tarde, porque son una continuación del sueño ligero y comodidad, para descansar adecuadamente.⁵¹</p> <p>El reposo y sueño suele ocurrir mejor si la persona está relajada y no sufre tensiones ni preocupaciones.⁵²</p> <p>El masaje en la espalda tranquiliza y ayuda a dormir.⁵³</p>
<p>EJECUCIÓN:</p>	<p>Se logra las actividades y objetivos planeados. En lo que respecta al plan de sueño la paciente duerme por la mañana después del baño y desayuno haciendo de esta un hábito, en el ambiente hospitalario también lo practica dándole los mismos resultados.</p>

⁴⁹ Ibid. p. 465

⁵⁰ Ídem

⁵¹ Ibidem. p. 434

⁵² LUVERNE. W. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Ed. Harla Haper Latinoamericana, México.1993:324

⁵³ Op.Cit. DUGAS. 1986:434

EVALUACIÓN:

Esta actividad a medida que lo realiza manifiesta ella, que le produjo buenos resultados al relajarse y conciliar el sueño. Durante su estancia hospitalaria logra que la paciente se adapte a su entorno y consuma su sueño fisiológico sin interrupción. No amamanta, su bebe se encuentra en cuneros bajo observación. Queda su hermana el resto de la noche para acompañarla.

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Deterioro de la religiosidad R/C el afrontamiento de la enfermedad, perdida del cónyuge M/P desesperanza, depresión, duelo, angustia.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Espiritualidad y confianza	Paciente y Familia	60 min.	Domicilio	Lectura comentada	Material impreso	Investigadora	3 sesiones
Desafíos	Paciente y Familia	90 min.	Domicilio	Exposición	Computadota CD	Investigadora	2 sesiones
OBJETIVO:	La paciente manifestará paz interna, confort espiritual y seguridad.						
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA				FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA			
<ul style="list-style-type: none"> • Se Imparte terapia espiritual y se comparte experiencia vívidas. • Estimular la participación en actividades de lectura, manualidades o de escuchar 				<p>La espiritualidad se suele identificar como el factor importante que ayuda a lograr el equilibrio necesario para mantener la salud y el bienestar y afrontar la enfermedad.⁵⁴</p> <p>Es una actividad recreativa y de diversión de control cognoscitivo el leer, escuchar la radio, ver la televisión, participar en las artesanías y</p>			

⁵⁴ Op.Cit. POTTER Patricia A. 2002 :603

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Déficit de conocimientos: con enfermedad y tratamiento R/C falta de capacidad para adquirir conocimientos M/P trastornos hipertensivos, descontrol de peso y anemia.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Preeclampsia- Eclampsia	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Expositiva	Rotafolio	Investigadora	1 sesión
Complicaciones de preeclampsia	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Expositiva	Rotafolio	Investigadora	1 sesión
Signos y síntomas de alarma	Paciente y Familia	30 min.	Domicilio	Dinámica grupal	Papel bond y marcadores	Investigadora	1 sesión
Tratamiento y su Importancia	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Taller	Papel bond Marcadores, cardex	Investigadora	1 sesión
Peso	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Mesa redonda	Material impreso	Investigadora	1 sesión

Presión Arterial	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Taller	Esfrignoma- nómetro y estetoscopio	Investigadora	1 sesión
El saber comer	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Expositiva	Rotafolio	Investigadora	1 sesión
Vacunas	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Expositiva	Rotafolio	Investigadora	1 sesión
OBJETIVO:	Promover la salud para que la paciente tome decisiones y adopte las medidas adecuadas a fin de afrontar eficazmente la enfermedad.						

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un ambiente de confianza al paciente y familia mediante la intervención enfermera-paciente. • Escuchar al paciente con respeto e interés. • Reforzar la capacidad intelectual, para que esta integre su autocuidado. • Estimular la solución de problemas, proporcionándole información detallada de la patología, tratamiento, posibles complicaciones, intervención quirúrgica. • Comprometer y enrolar a la familia en el cuidado de la paciente siempre que sea posible. 	<p>La enfermera está en posición privilegiada para disipar las angustias del paciente e inducirle cierta tranquilidad anímica.⁵⁶</p> <p>La enfermera debe alentar la expresión de sus preocupaciones, escuchándolo y comprenderlo, ayuda a aliviar la angustia.⁵⁷</p> <p>Las capacidades cognitivas determinan la manera en que una persona piensa, incluyendo la capacidad para entender factores implicados en la enfermedad y para aplicar conocimientos de salud y de enfermedad a las prácticas personales de salud.⁵⁸</p> <p>Las preocupaciones disminuyen cuando se aportan datos correctos y se aclaran conceptos erróneos y temores.⁵⁹</p> <p>La gente bien informada esta en mejor disposición de participar en su propio tratamiento para lograr su propia rehabilitación.⁶⁰</p>

⁵⁶ Op.Cit. BRUNNER Y Suddarth. 1998:431

⁵⁷ Idem

⁵⁸ Op.Cit. POTTER Patricia A. 2002: 9

⁵⁹ Op.Cit. BRUNER y Suddarth, 1998:153

⁶⁰ Idem

<ul style="list-style-type: none"> • Se ofrece información sobre el objetivo de los medicamentos, acciones y efectos. • Se capacita a madre y hermano tomar la presión arterial y de cómo llevar un registro, ya que en estas se reflejan las interacciones del gasto cardiaco, la resistencia vascular periférica, el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea y la elasticidad de las arterias. • En un cardex se anotan los medicamento, dosis y hora para facilitar al paciente y familiar el manejo de los mismos. 	<p>Una persona tiene que saber cómo tomar correctamente un medicamento y las consecuencias del hecho de no hacerlo así.⁶¹</p> <p>Tanto la familia como contexto y la familia como persona son planteamientos que pueden ser útiles a la hora de proporcionar cuidados enfermeros efectivos.⁶²</p> <p>La educación de la persona y la familia, y la forma adecuada de administrar la medicación y controlarla constituye una parte integral de la función de la enfermera.⁶³</p>
<p>EJECUCIÓN:</p>	<p>Se establecer una comunicación privada con la paciente, creando un ambiente de confianza de manera que la se interactuó ideas y opiniones en donde la paciente externo sus sentimientos y desconocimientos. En reunión programada se informa a paciente y familiares de la importancia y efectos de los medicamentos, dosis y horarios y de cómo afectan la salud en caso de omisión.</p>

⁶¹ Op. Cit. POTTER Patricia A. 2002: 925

⁶² Ibid. p.149

⁶³ Ibid. p.920

EVALUACIÓN:

Los integrantes de la familia están agradecidos, interesados y colaborando en el tratamiento y cuidado de la señora, con los resultados la paciente se siente motivada. Los resultados en parte fueron inmediatos al proporcionarle los datos claros y entendibles, sin problemas en el nivel de comunicación, la paciente concreto que sus preguntas tenían respuesta y el temor fue disipado en un 90 %, se nota con más seguridad y relajada. Pide apoyo permanente, nos comprometemos a que esto así sea.

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Ansiedad R/C los resultados inciertos del riesgo perinatal, naturaleza impredecible de la enfermedad, funciones de rol y un ambiente hospitalario desconocido, M/P perdida de autocontrol, estrés emocional, temor, inquietud e insomnio.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENA RIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Psicoprofilaxis	Paciente y Familia	30 min.	Domicilio	Discusión dirigida	Computadora CD, TV Y DVD	Investigadora	1 sesión
Riesgo perinatal	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Expositiva	Material Impreso	Investigadora	1 sesión
Estancia en hospital	Paciente y Familia	30 min.	Domicilio y hospital	Guión de Charla		Investigadora	1 sesión
Cuidados al RN	Paciente y Familia	90 min.	Domicilio	Taller	Papel bond marcadores	Investigadora	1 sesión
OBJETIVO:	La paciente debe manifestar verbalmente una disminución de la ansiedad y un incremento de confort psicológico y fisiológico.						

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y orientar sobre las diferentes inquietudes respecto al riesgo perinatal. • Se relata historias y experiencias, transmitiendo un espíritu de confianza y valor. • Se le explica el efecto del estrés y técnicas de intervención en crisis. • Concientizar al paciente que el temor constituye una parte normal de la vida. • Proporciona, enseña y supervisa ejercicios psicoprofilácticos. 	<p>La educación para la salud es un proceso mediante el que la enfermera y la persona comparten información de forma bilateral.⁶⁴</p> <p>La manera en que una persona domina el estrés durante cada fase de su vida influirá en como reacciona a la enfermedad.⁶⁵</p> <p>El estrés puede plantear importantes exigencias a una persona, y si ésta es incapaz de adaptarse, puede acabar padeciendo una enfermedad.⁶⁶</p> <p>La angustia en el preoperatorio es una reacción anticipada a una experiencia que, a los ojos del enfermo, puede ser una amenaza para su estilo de vida, integridad corporal e incluso su vida misma.⁶⁷</p> <p>El método psicoprofiláctico tiene por objeto que la mujer tome conciencia de sí misma, que acepte su feminidad como algo bello y como fuente de satisfacción.⁶⁸</p>
EJECUCIÓN:	<p>Se identifica si la paciente ha intentado utilizar algún método de reducción de estrés, ansiedad o miedo y aplica las intervenciones necesarias verificando si estas dan resultados positivos. Se informa a la paciente y familia del riesgo perinatal y de los procesos posibles en el hospital de manera que la angustia por algo desconocido se desvanezca. La paciente toma medidas correctivas</p>

⁶⁴ Op. Cit. POTTER Patricia A. 2002:153

⁶⁵ Ibid. p.9

⁶⁶ Ibid. p. 658

⁶⁷ Op. Cit. BRUNNER y Suddarth.1999: 431

⁶⁸ PALOMA Lerma Bergua. Guía Práctica para la Mujer Embarazada y su Pareja. 4ª ed. México DF. 1989:96

EVALUACIÓN:

en la mala canalización de ingesta de alimentos chatarras, realiza uso de guías dietéticas con previa valoración por nutrición, se valora aspecto físico como mucosa, cabello, boca, piel. Por medio de DVD se le enseña ejercicios psicoprofilácticos mismos que practica, camina de 20 a 30 minutos alrededor del parque y/o casa.

En el aspecto de estrés- miedo-angustia, así como la depresión se trabaja muchísimo a través de los diálogos e intervenciones individuales y familiares, fue muy desgastante y los resultados son muy lentos, sin embargo al final del proceso se ve alcanzado el objetivo.

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Riesgo de infección R/C la alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del ph de las secreciones, alteración del peristaltismo).

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Higiene personal	Paciente y Familia	40 min.	Domicilio	Taller	Rotafolio	Investigadora	1 sesión
Cuidados a herida	Paciente y Familia	30 min.	Domicilio	Taller	Rotafolio Guantes, gasas.	Investigadora	1 sesión
OBJETIVO:	La paciente debe mostrar signos de un proceso de cicatrización de la herida libre de infección.						
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA				FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA			
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la herida quirúrgica en busca de signos de infección. • Vigilar la temperatura axilar dos veces por turno. 				<p>La inflamación, enrojecimiento, tumefacción, dolor, calor son signos de infección. ⁶⁹</p> <p>El registró gráfico de las oscilaciones termométricas, ayudan a determinar el curso de la enfermedad. ⁷⁰</p>			

⁶⁹ Op.Cit. DUGAS.1986:626

⁷⁰ Ídem

<ul style="list-style-type: none"> • Asistir en la curación de la incisión quirúrgica. • Emplear medidas higiénicas extremas en todos los procedimientos para evitar infecciones nosocomiales. • Proporcionar un ambiente limpio y agradable, mediante el cambio de ropa de cama, evitar corrientes de aire. • Vigilar que la dieta sea equilibrada e hiperprotéica con ingesta de líquidos adecuados. • Obtener muestras de laboratorio según este indicado, vigilando los resultados en busca de un aumento de leucocitos. • Administración de Ampicilina 1 gr. Intravenoso cada 6 hrs., con horario de 6,12, 	<p>El cambio de apósito evitará que se macere la piel y se reduzca la posibilidad de infección. ⁷¹</p> <p>Los microorganismos pueden pasar de una persona a otra o de un sitio a otro por el aire, objetos inanimados o contacto personal directo. ⁷²</p> <p>Muchos gérmenes que se encuentran normalmente en el ambiente y el cuerpo son oportunistas y se tornan infecciosos. ⁷³</p> <p>El consumo de proteínas y una dieta adecuada de líquidos favorece la cicatrización. ⁷⁴</p> <p>La función de los leucocitos es proteger contra la invasión de bacterias y otros cuerpos extraños. ⁷⁵</p> <p>Los antibióticos endovenosos se administran para evitar o tratar una infección grave. ⁷⁶</p>
---	---

⁷¹ Op.Cit. GAUNTLETT.1996:14 75

⁷² Op.Cit. DUGAS.1986:436

⁷³ Ibid. p. 583

⁷⁴ TUCKER M .S. Canobbio. et.al. Normas de Cuidados del Paciente. Vol. I. Ed. Harcourt Océano, Barcelona España. 2002:595

⁷⁵ Op.Cit. BRUNNER y Suddarth. 1998:830

⁷⁶ Ibid. p. 1929

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C la intervención quirúrgica.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Líquidos importantes para el cuerpo	Paciente y Familia	25 min.	Hospital	Expositiva	Cartel	Investigadora	1 sesión
OBJETIVO:	La paciente participa en el restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico, manifestará piel y mucosa hidratada.						

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar periódicamente los signos y síntomas que pueden indicar un desequilibrio de líquidos (lengua seca, sensación de sed, fatiga, piel con aspecto laxo, y fofo –perdida de turgencia tisular-, orina escasa y oscura, hipotensión, hipotermia y taquicardia. • Verificar la permeabilidad de venoclisis y el goteo de la solución vía parenteral. • Explicarle a la paciente las posibles causas de la pérdida de líquidos que pudo tener en cirugía. • Instalar y ayudar a la paciente a realizar cambios de posición con regularidad. • Vigilar el ingreso y eliminación de líquidos y/o sangre, registrarlos en la hoja de enfermería por turno. 	<p>Los pacientes sometidos a cirugía pueden desarrollar en el postoperatorio un desequilibrio de líquidos y electrolitos y es necesario que la enfermera los vigile cuidadosamente para descubrir los signos y síntomas de una alteración inminente. ⁷⁷ En el postoperatorio, son frecuentes las pérdidas de líquido y electrolitos por influjo de los métodos de drenaje gástrico intestinal y biliar. ⁷⁸</p> <p>La venoclisis permite que obtenga los líquidos, electrolitos y nutrimentos necesarios con mayor facilidad. ⁷⁹</p> <p>La cirugía siempre causa pérdidas de líquidos corporales, vasos sanguíneos, espacios intersticiales y células, porque se cortan tejidos. ⁸⁰</p> <p>Promueve la circulación y la nutrición adecuada de todos los tejidos. ⁸¹</p> <p>Normalmente la ingesta de líquidos se equilibra en relación con su pérdida. ⁸²</p>

⁷⁷ Op.Cit. GAUNTLETT. 1996:1465

⁷⁸ Op.Cit. ROSALES. 1997:312

⁷⁹ Ibid. p. 359

⁸⁰ Op.Cit. DUGAS.1986:601

⁸¹ Idem

⁸² Ibidem. p.355

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la eliminación de diuresis principalmente y registrar en la hoja de enfermería. • Lubricar y asear los labios de la paciente con una gasa limpia y estéril. • Procurar una ingesta adecuada de alimentos y líquidos orales a tolerancia inmediatamente después del postoperatorio mediato. 	<p>La diuresis del adulto promedio es de 1100 a 1700 ml en 24 horas, cuando es menor de 500 ml/h suele ser anormal.⁸³ Son pruebas de funcionamiento renal la densidad urinaria, la frecuencia de micción y el volumen urinario.⁸⁴</p> <p>Una buena higiene e hidratación de los labios suele evitar resequeidad.⁸⁵</p> <p>Las personas que no ingieren suficientes alimentos y líquidos suelen presentar alteración del equilibrio de líquidos y electrolitos si la ingestión es prolongada.⁸⁶</p>
<p>EJECUCIÓN:</p>	<p>Se explora la cavidad oral, en busca de signos que indican desequilibrio de líquidos (lengua y mucosa), se palpa y observa la piel, se lubrica con gasa con agua los bordes de la boca, labios y lengua Se verifica la permeabilidad de venoclisis y el goteo. Después de iniciar vía oral indicada por el médico, se vigila a que los tolere en poca cantidad para no estimular el reflejo nauseoso. Se vigila cantidad y características de orina y sangrado trasvaginal, haciendo referencia en las notas de enfermería.</p>

⁸³ Op. Cit. DUGAS.1986:358

⁸⁴ Op.Cit. ROSALES.1997:307

⁸⁵ Op.Cit. DUGAS. 1986:347

⁸⁶ Ibidem p. 349

EVALUACIÓN:

En relación al balance de líquidos no se registra alteración importante, aunque hubo pérdidas fueron compensadas con sus ingresos. Se observa paciente con piel y mucosas hidratadas, tegumentos pálidos.

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Dolor agudo R/C la interrupción quirúrgica en región abdominopélvica M/P irritabilidad, diaforesis, rigidez y expresión de facies de dolor.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Técnicas de distracción - Técnicas de relajación	Paciente y Familia	40 min.	Hospital	Taller	Grabadora CD	Investigadora Trabajadora social	1 sesión
OBJETIVO:	La paciente expresará la reducción progresiva del dolor después de las intervenciones.						

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el grado de la intensidad del dolor en la escala de 0 a 10. • Verificar la colocación del vendaje cada 4 horas. • Realizar cambios de posición, cuando se considere necesario o cuando el paciente lo solicite. • Aplicar analgésicos: metamizol sódico 1 gramo intravenoso cada 8 horas con horario de 02 AM., 10 AM. y 18 PM. Diclofenaco sódico 100 MG por vía intramuscular, cada 12 horas con horario de 10 AM y 22 PM. • Proporcionar técnica de distracción. 	<p>El uso de estas escalas ayuda a identificar el patrón del dolor y evalúa las intervenciones.⁸⁷</p> <p>Un vendaje debe cambiarse o reacomodarse, con la frecuencia necesaria para conservar su esperada función de apoyo y comodidad o presión.⁸⁸</p> <p>El cambio de posición disminuye los espasmos musculares y favorece la circulación.⁸⁹</p> <p>Valorar su acción en 30 minutos después de la administración.⁹⁰</p> <p>Inducir y fomentar las relaciones humanas con los otros pacientes que se encuentran en la misma habitación, disminuye la atención del individuo a los estímulos dolorosos.⁹¹</p>

⁸⁷ Op.Cit. BRUNNER y Suddarth.1998:265

⁸⁸ Op.Cit. DUGAS.1986:130

⁸⁹ Op.Cit. BRUNNER y Suddarth. 1998:1930

⁹⁰ GAUNTLETT, Beare Patricia, Myer, Judit L. Principios y Práctica de la Enfermería Medicoquirúrgica. 2ª ed. Vol. II, Ed. Harcourt Brace. Barcelona España 1997:1463

⁹¹ Op.Cit. DUGAS.1986:466

<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una técnica de relajación mediante ejercicios respiratorios alternando las narinas. • Promover música suave y tranquila (por interpón). 	<p>Tiene un efecto calmante en el sistema nervioso relajando y refrescando el cuerpo.⁹²</p> <p>La musicoterapia relaja los músculos y suele aminorar la intensidad del dolor y aumentar la tolerancia al mismo.⁹³</p>
<p>EJECUCIÓN:</p>	<p>Al ser hospitalizada la paciente en el hospital Dr. Pascasio Gamboa, en donde al principio encontré algunas barreras, por ser un ambiente hospitalario diferente a el ámbito laboral, en primer lugar me identifique entablado amistad, confianza y buenas relaciones, se pide autorización a la supervisora de enfermería explicando el objetivo de mi presencia. Se me autoriza el acceso, esta misma medida se toma para los demás turnos, me familiarizo con el equipo multidisciplinario, facilitando la oportunidad de intervenir y actuar. En la comunicación que establecí con la señora NBS, de forma práctica y sencilla se le instruyó la manera de cómo medir el grado de dolor. Utilizando la escala del 0 al 10, correspondiendo el 0 a la ausencia de dolor y el 10 el dolor intenso, obtuvo dolor en escala de 8. Simultáneamente se verifica la colocación del vendaje durante el turno, reacomodándola después del aseo personal. Los cambios de posición fueron periódicos alternando posición decúbito y Fowler. Se administran sus analgésicos, en los horarios antes descritos, valorando su efecto. Se aplica la técnica de distracción mediante la interacción de tres pacientes y sus familiares que ubicaban en la misma habitación; al aplicar la técnica de relajación</p>

⁹² Ibid. P. 467

⁹³ Op.Cit. BRUNNER y Suddarth,1998:466

EVALUACIÓN:

se pide el apoyo al administrador de la unidad para que de función al aparato y transmita música ambiental a través del interpón, se explica del porqué de esta necesidad. Aunado a esto se le pide a la paciente ejercitarse mediante la respiración, alternando las narinas, en dos series durante un turno.

El criterio para valorar el grado de la intensidad del dolor es individual, puesto que no todos tenemos el mismo umbral de dolor que fue efectivo, el umbral de dolor disminuye manteniéndose en una escala de 8, esta cifra fue descendiendo paulatinamente a medida que se ejecutan las intervenciones de enfermería que resultaron ser eficaces y oportunas, el dolor desaparece por completo con intervalos cortos, presentándose con escala de 2, se logra que la paciente controle los impulsos dolorosos y de relajación.

PLAN OPERATIVO

DIAGNÓSTICO:

Alteración de la eliminación urinaria R/C el reposo absoluto, inhibir o iniciar voluntariamente la micción M/P agitación y malestar abdominal.

TEMA	DIRIGIDO A	TIEMPO	ESCENARIO	TECNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	PONENTE	PERIODO
Higiene y limpieza	Paciente	20 min.	Hospital	Charla	Rotafolio	Investigadora	1 sesión
Ejercicios vesicales	Paciente y Familia	20 min.	Hospital	Charla	Sonda Pinza	Investigadora	1 sesión
OBJETIVO:	La paciente expresará su deseo de necesidad y sensación de miccionar de forma satisfactoria.						
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA			FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA				
<ul style="list-style-type: none"> Instruir a la paciente para que miccione siempre que lo desee y que vacíe su vejiga por completo. 			Esto evitara la hiperdistensión y la disminución del flujo sanguíneo a la vejiga, así como las probabilidades de colonización por bacterias. ⁹⁴				

⁹⁴ Op.Cit. TUCKER. 2002:734

<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar los hábitos saludables de higiene sobre el aseo genital, después de cada micción, manteniendo la zona perianal limpia y seca. • Enseñar a la paciente a limpiarse y lavarse la zona perianal desde adelante hacia atrás. • Proporcionar una vasija para el lavado de manos después de miccionar. • Realizar frecuentemente cambios de posición. 	<p>Esta medida dificulta el crecimiento bacteriano.⁹⁵</p> <p>Disminuye la capacidad bacteriana para penetrar en el tracto urinario.⁹⁶</p> <p>Los microorganismos pueden estar en las muñecas y antebrazos y también en las manos, y con la fricción se desalojan junto con la mugre.⁹⁷</p> <p>Los cambios de posición alivian la tensión muscular y se evita presión en algunas regiones en particular por un tiempo prolongado.⁹⁸</p>
---	--

⁹⁵ Idem

⁹⁶ Idem

⁹⁷ Op.Cit. LUVERNE. 1993:36

⁹⁸ Op.Cit. DUGAS. 1986:465

EJECUCIÓN:

Se explora el abdomen de la paciente para valorar si hay globo vesical, se le proporciona el cómodo para que vacíe vejiga, la paciente se rehúsa. Posteriormente accede de forma voluntaria, se le instruye de los beneficios de limpieza en la mujer que va de adelante hacia atrás de la vulva al la región perianal. Se le proporciona agua y jabón para lavarse las manos y vigila número, características y volumen de orina haciendo referencias en registros clínicos de enfermería.

EVALUACIÓN:

Después de la intervención quirúrgica la paciente tuvo la sonda foley por 48 horas, posteriormente se retira, la paciente refiere un poco de molestias en el trayecto del meato urinario, la frecuencia fue de dos micciones por la mañana y tres por la tarde sin dificultad para miccionar salvo por el dolor que se emanaba al cambio de posición, a pesar de esta limitación los cambios de posición fueron favorables aliviando la tensión muscular.

6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Al finalizar este trabajo se observa que la paciente en estudio, es de un nivel socioeconómico medio, con antecedentes en la familia de preeclampsia, obesidad e hipertensión. Llevó un control prenatal ineficaz antes de las 26 SDG. Cabe señalar que a medida que se aborda a la paciente se identifican las necesidades de salud, se centran y plasman intervenciones para control de la enfermedad y prevenir daños y complicaciones, dando promoción continua de la salud, priorizando según las necesidades de la paciente. La principal acción fue enfocada a detectar esos problemas de salud reales, potenciales y posibles de su entorno, eliminar los factores que contribuyeran a estos problemas como un riesgo en su vida a la paciente y su hijo, se estableció un plan de cuidados específicos llevando un control y seguimiento priorizando las necesidades que permitiera incorporar conocimientos como la base fundamental para establecer su autocuidado que conlleve a satisfacer las necesidades de salud, tanto en su hogar como en la unidad hospitalaria y prevenir complicaciones y lesiones, actuando de manera que cada intervención independiente, dependiente e interdependiente, trascendiera.

Se resalta lo importante de las intervenciones de la familia y del equipo multidisciplinario como es la del médico, nutriólogo, psicólogo y porque no, sobre todo, el de enfermería, integrando en forma oportuna y dinámica las intervenciones, unificando el trabajo en equipo, utilizando una metodología científica en cada una de las intervenciones.

Sin perder de vista que durante las intervenciones independientes estipuladas para cada diagnóstico al evaluar el proceso de enfermería si las intervenciones

no daban resultados, se modificaban hasta conseguir un estado favorable de salud. Se observa que en la mayoría de las intervenciones independientes fueron permanentes. Las intervenciones de enfermería dependientes para los problemas en colaboración fueron necesarias para tratar los problemas con el equipo multidisciplinario, en donde se hace evidente la profesionalización en todos los campos de la práctica unificando criterios, siendo sensibles, éticos, creativos y humanistas para con la paciente y con la familia y por que no decirlo, con nuestros congéneres.

Se observa la evolución de la enfermedad para afirmar lo que los autores comentan que las intervenciones de enfermería son las ideales para controlar daños y lesión, por otro lado que solo la interrupción del embarazo es el tratamiento idóneo para desaparecer esta patología.

Durante el desarrollo de esta investigación se me presentaron ciertos factores como el tiempo, la distancia entre la residencia de la paciente y la mía para realizar las visitas domiciliarias, en el hospital donde fue intervenida la paciente, me encuentro inmersa en un ambiente laboral diferente a donde presto mis servicios; al principio se presenta como barrera para actuar; sin embargo se toman alternativas y se vencen obstáculos.

6.1 DISCUSIÓN

La salud de la mujer siempre ha ocupado un lugar preponderante, ya que representa un grupo poblacional mayoritario y vulnerable a los riesgos que afectan a la vida reproductiva de la mujer. En el control prenatal es necesario diagnosticar tempranamente el problema, vigilar estrechamente a la madre y su bebé y controlar la situación de la mejor manera posible. Un buen control ha

permitido una disminución considerable de la mortalidad neonatal. En el peor de los casos al menos podríamos detectarse precozmente y tomar medidas más estrictas de control prenatal para atenuar las consecuencias materno-fetales de la enfermedad como en este caso, que me permitió entrar en juego como profesional de enfermería al realizar un análisis meticuloso del problema principal según la situación de salud de la paciente de donde se emana el cuidado enfermero para definir un objetivo en que la paciente y su bebé mantengan o alcancen las condiciones favorables de salud.

En ellas las acciones e intervenciones de enfermería se evaluaron de acuerdo a las etapas del Proceso de enfermería que permite sistematizar y organizar la administración de cuidados enfermeros individualizados; aunque cabe hacer mención que no siempre se aplica en orden; sin embargo, es una excelente herramienta. La utilidad de un modelo de cuidado enfermero como se aplica en este trabajo, el de Virginia Henderson con una sistematización que me permitió vincular la teoría con la práctica diaria aunado a los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

Es nueva mi experiencia en la aplicación del modelo Henderson, sin embargo mis expectativas quedan satisfactorias al observar y vigilar estrechamente el curso del embarazo evitando complicaciones y lesiones de la mamá y su bebé, culminando con éxito el embarazo.

6.2 CONCLUSIONES:

Es difícil reconocer la impotencia que afronta la enfermera en las instituciones públicas al no contar con plantilla completa del personal y una sobrecapacidad instalada de pacientes, y que estos sean motivos que impida dar calidad en la

atención, al realizar una practica rutinaria; aun cuando cada enfermera tenga sistematizado su forma de trabajo y de aplicar el proceso de enfermería a grandes rasgos, bajo el modelo que cada una se rijan. Sin embargo prestar nuestros servicios en una institución obedece a participar en el logro de sus propias necesidades y metas.

La profesión de enfermería ha evolucionado y es necesario que siga creciendo y se desarrolle, con un espíritu de superación misma que le permita defender su postura e intereses propios como profesionista y satisfaga las demandas del individuo, familia y comunidad, aunado a que le compete establecer acciones de promoción a la salud en forma permanente para dar solución a los problemas epidemiológicos, científicos, tecnológicos y educativos de la sociedad, de acuerdo con las necesidades de cada grupo, que deberán poner atención e interés en la realización de acciones educativas en mujeres de edad reproductiva y mas aún, en especial a aquellas que presente factores predisponentes que puedan condicionar un embarazo de alto riesgo, con el fin de adoptar una protección anticonceptiva segura y eficaz para evitar de manera temporal o definitiva el embarazo de acuerdo al caso clínico.

En lo que respecta a la formación académica, es necesario modificar los planes y programas educativos con materias como es la metodología de la investigación, Ética y Moral, Ingles, Proceso de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson que lo considero muy completo al aplicarlo a la práctica en el adulto joven y mayor (no en niños), que ayudaría a atender las nuevas expectativas en los diferentes escenarios en donde se desarrolla la enfermera.

Así mismo, que enfermería como disciplina tenga metas epistemológicas y éticas para intervenir, evaluar y contrastar los fenómenos con bases en marcos de referencia filosófica y científicamente sustentada, creo que se infundiría a través de la educación continua.

En esta investigación documental y de campo me permitió ser más libre, ser más yo enfermera, al desarrollar el proceso de enfermería y descubrir los aspectos y la implicación que tenemos en la ejecución de esta. Por otro lado El Proceso de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson de acuerdo a las 14 necesidades, facilita su desarrollo para la obtención de datos y para realizar una valoración minuciosa de la persona en estudio en este caso en el adulto joven, así mismo de integrar nuestros propios conocimientos de enfermería, que como en mi caso la prueba fue superada, por lograr comprender el proceso en el modelo de Virginia.

En este proceso aplicado a una paciente joven con alteración en el mantenimiento de la salud con preeclampsia leve, y en la búsqueda por encontrar información científica documental que sustente la investigación, surgen intereses personales por mejorar la calidad de atención en nuestros servicios, aplicarlos y plasmarlos en esta investigación, para compartir con los lectores la máxima satisfacción que ha dejado este trabajo, al ayudarle y brindarle mis conocimientos y habilidades al servicio de esta paciente y su familia, en pro de recuperar su salud, misma que lograra cambios en su estilo de vida y en la forma de pensar. De manera que me permitió crecer profesionalmente; reconocer que cada día es necesario fortalecer el pensamiento y conocimiento a través de la lectura documental y visual, llevándolos a la práctica profesional.

Es importante mencionar que la comunicación e interrelación enfermera-paciente- familia, fomenta el fino propósito de intervenir oportunamente en las necesidades de salud y que esta sirva de estímulo al involucrarse con un nuevo rol, al participar activamente en los cuidados que se generan en cada una de las etapas del proceso.

Los logros obtenidos en la aplicación del proceso de enfermería son palpables de manera que los resultados son evaluados de forma inmediata, algunos problemas de salud se trabajan de forma continúa y prolongada como la angustia, estrés, la depresión, la anemia etc. Para emitir un juicio de las acciones de los cuidados de enfermería, fue necesario comparar los aspectos en las diferentes etapas del proceso, mediante la observación directa, lenguaje corporal, expresión verbal de las emociones y sentimientos e información del personal de los diferentes turnos. Prueba de ello, es que la paciente cursa con la evolución de su embarazo con preeclampsia leve sin complicaciones dado que la presión arterial que al principio se torno alterada se logra mantenerla sin pasar a complicaciones, así también el restablecimiento completo de las facultades mentales, sociales y espirituales de la paciente y sus familiares. Llevar el proceso de enfermería en forma escrita se torna como registro que respalda el seguimiento seguro y terapéutico.

Es así que se culmina un logro lleno de satisfacción de los propósitos personales y profesionales e institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

- ATKINSON Leslie, MURRAY Mary, Proceso de Atención de Enfermería, 5ª ed. Interamericana, México DF. 1996:225.
- BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgico. Vol. I y II, 8ª ed. Interamericana, México, 1998:2185.
- CÁRDENAS de la Peña Enrique Terminología Médica. 2ª ed. Interamericana, México DF. 1983:340.
- CARPENITO Juall Lynda, Planes de Cuidados y Documentación clínica en Enfermería, 4ª ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, España, 2005:1101.
- DE MONDRAGÓN Castro Héctor Obstetricia Básica Ilustrada. 5ª ed. Trillas. México. 2002:822.
- Diccionario MOSBY Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 5ª ed. Harcourt, Madrid España. 2000:2026.
- DUGAS Beverly Witter, Tratado de Enfermería Práctica, 4ª ed. Interamericana. México, DF.1986:793.
- F. GARY Cunningham, Norman F. Gant Kenneth J. Larry C. Gilstrap III, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom; Williams Obstetricia; 21 ed. Médica Panamericana, S.A. México, DF. 2003:1422.
- FÉLIZ Ramírez Alonso; Obstetricia para la Enfermera Profesional. 2002:552.
- FERNÁNDEZ Ferrin, Carmen, et. al; El Proceso de Atención de Enfermería, Masson-salvat, Barcelona, 1999:115.
- Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Norma Técnica para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la preeclampsia-Eclampsia. Schering. 1999.
- FOLEY Michael R. MN. Thomas H. Strong, JR., MD. Cuidados Intensivos en Obstetricia. Manual Práctico. Médica Panamericana. Bueno Aires Argentina. 2000:150.
- GARMON White Ellen. Principios y Valores para la Familia de Éxito. Gema México Central .A.C. 2005:190.
- GAUNTLETT, Beare Patricia., Myer, Judit L. Principios y Práctica de la Enfermería Medicoquirúrgica. 2ª ed. Vol. I y II, Harcourt Brace, Barcelona España 1997:2068.

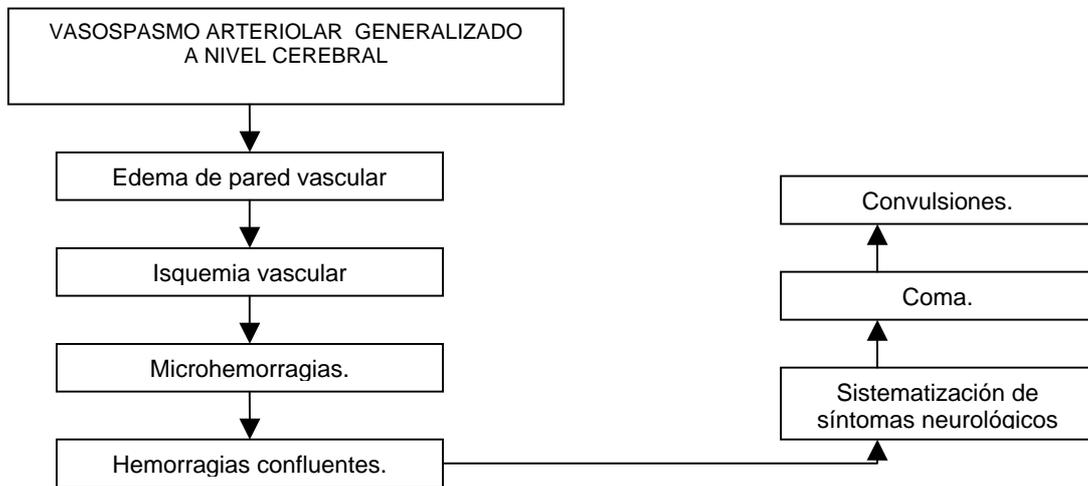
- KOZIER, B. Glenora Erby y Kathleen Blais: Conceptos y Temas en la práctica de enfermería. Interamericana-McGraw-Hill. México, 1992:118.
- LAWRENCE M. Tierrey; et al. Diagnóstico clínico y tratamiento. 40 ed. El manual moderno, SA. DE CV. México. 2005:729.
- LUVERNE, W. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Harla Haper Latinoamericana, México, 1993:121.
- MARRINER Tomey Ann, Modelos y Teoría en Enfermería. 4ª ed. Harcourt. Madrid. 1999:555.
- MOSBY, Normas de Cuidados de Pacientes, Vol. 3. Harcourt/ Océano. Barcelona España 2002:1147.
- NANDA (Nort América Nursing Diagnosis Association), Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones. Harcourt, S.A. Barcelona España. Traducido por editorial EdiDe, S.L. 2005.
- NORMAS DE VANCOUVER. Requisitos de uniformidad. 2000. Disponible: [http:// www. Fisterra.com/recursos_web/mbe/Vancouver.htm](http://www.Fisterra.com/recursos_web/mbe/Vancouver.htm).
- NORMARK, T. M. ROITWEDER. W.A. Principios científicos aplicados a la enfermería. 2000:138.
- PALOMA Lerma Bergua. Guía Práctica para la Mujer Embarazada y su Pareja. 4ª ed. México DF. 1989:233.
- POTTER Patricia A. /PERRY Griffin Anne, Fundamentos de Enfermería, 3ª ed. Harcourt/ Océano. Barcelona España. 2002:1748.
- ROSALES, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, 2ª ed. El Manual Moderno, México DF. 1997:556.
- SANCHEZ SE, Gómez DJ, Morales. Boletín Bibliomédico. 2005. Vol12. Nº. 7. Disponible en: [http:// edumed.imss.gob.mx](http://edumed.imss.gob.mx).
- SECRETARIA DE SALUD, Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. 2005:15.
- TUCKER M., Susan; Canobbio, M., Mary; Paquette V., Eleanor; Wells F., Marjorie, Normas de Cuidados del Paciente. Vol. I, II y III, Harcourt Océano, Barcelona España 2002:1147.
- W. Iyer. Patricia, J. Taptich Bárbara, Bernocchi-Losey Donna Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1999:444.
- JIMÉNEZ Castro Ana Bertha, Algunas Reflexiones sobre la Filosofía de Virginia Henderson. Rev. Enfermería IMSS. Núm.2, Vol.12. 2004: 61-63.

Olea Franco Pedro, Manual de Técnicas de Investigación Documental.
Vigésima. Esfinge. México 1999:221.

ANEXOS

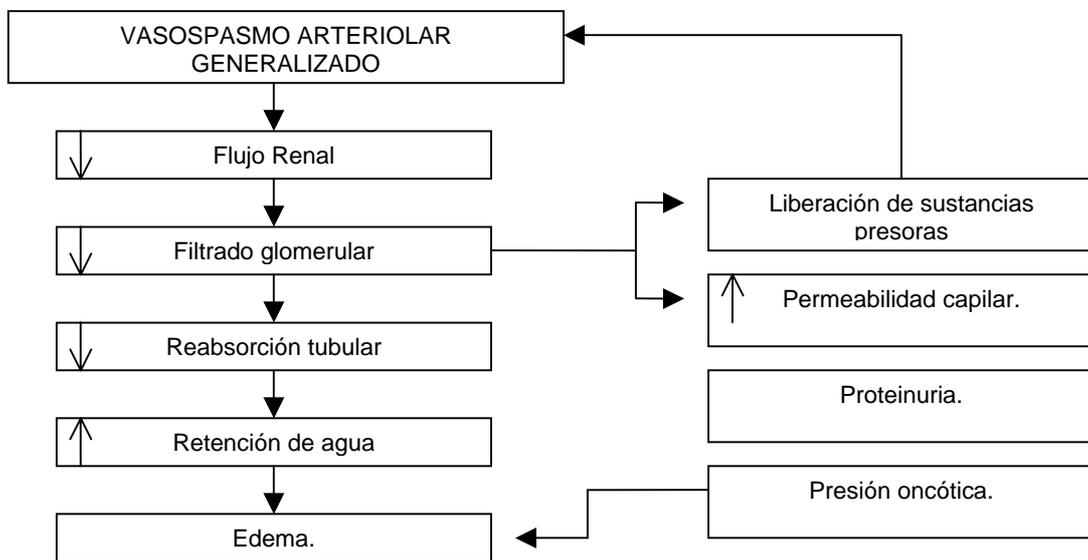
ANEXO 1

MECANISMO DE APARICIÓN DE LESIONES EN EL CEREBRO



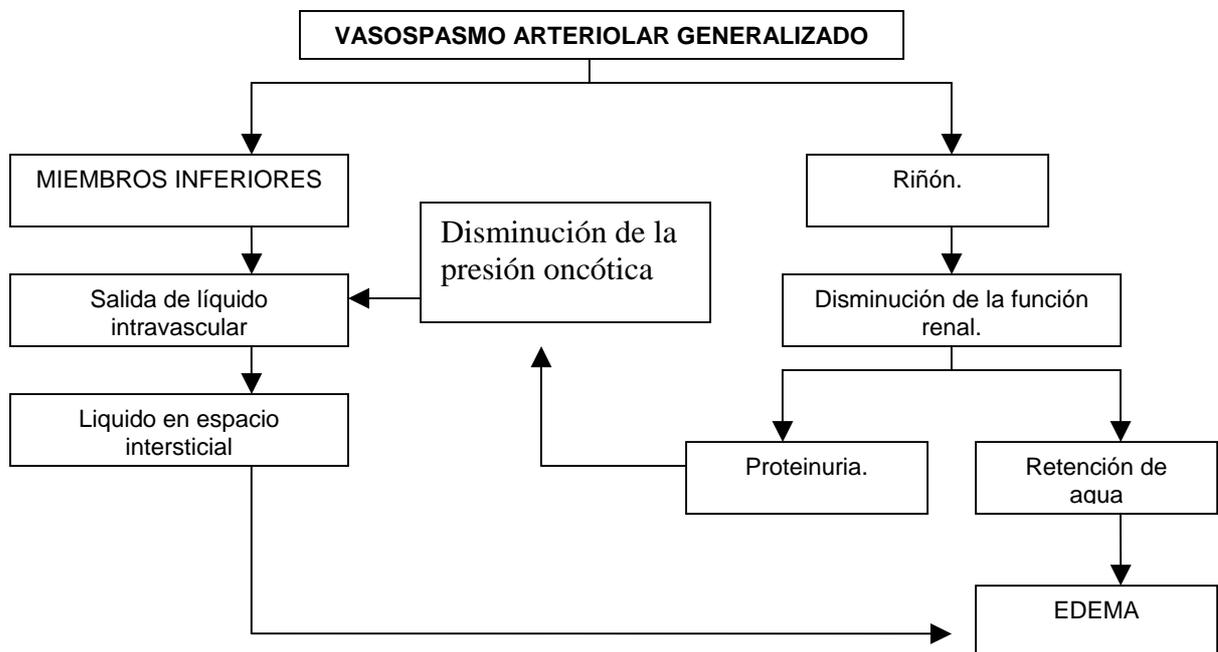
ANEXO 2

CAMBIOS A NIVEL DEL RIÑÓN



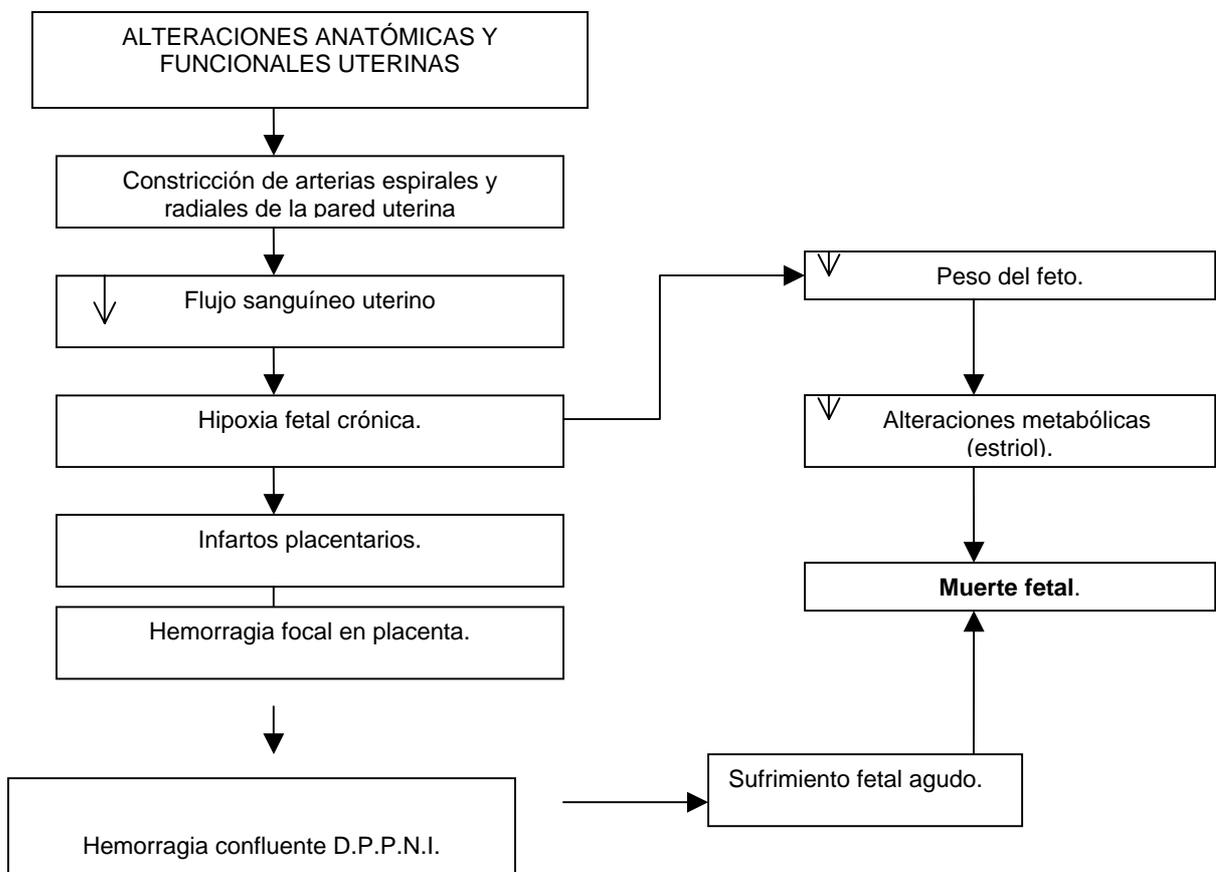
ANEXO 3

APARICIÓN DEL EDEMA



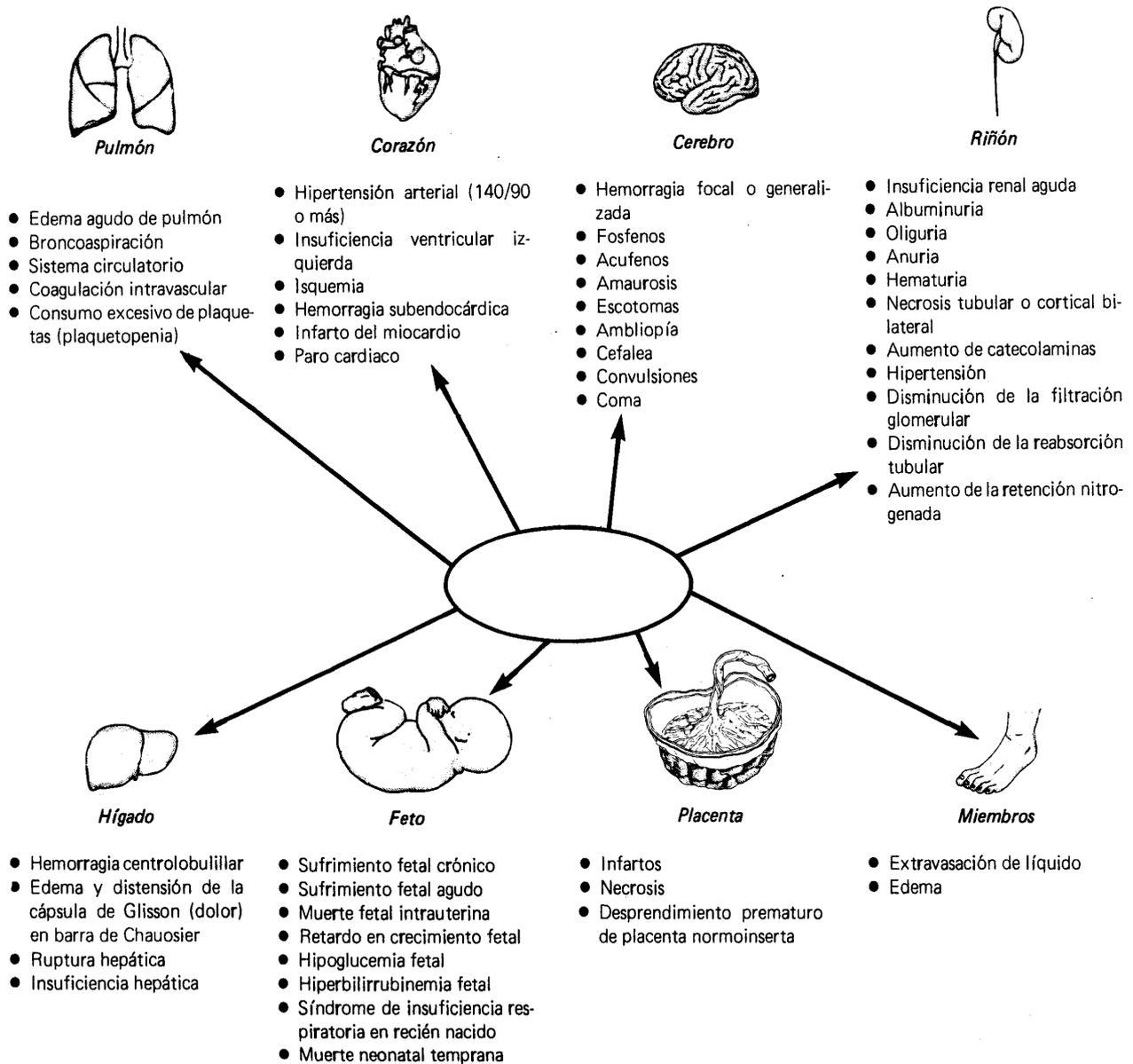
ANEXO 4

SINTOMATOLOGÍA A NIVEL DEL FETO



ANEXO 5

PRINCIPALES COMPLICACIONES DERIVADAS DEL VASOSPASMO ARTERILAR GENERALIZADO



ANEXO 6

INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____

Procedencia: _____ Fuente de información: _____

Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia / persona significativa:

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva /seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y característicos:

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel / lechos ungueales: _____ peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros:

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Numero de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancias alimentarias / Alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización _____

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos de intestinales: _____

Características de las heces orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria _____

Otros: _____

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo. _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: _____

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Necesidad de ayuda para la de ambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

Insomnio: _____ Debido a: _____

¿Se siente descansada al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____ Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

¿Su autoestima es determinante en su modo de Frecuencia del baño:

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?:

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____ Halitosis: _____ vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido es: Incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas tipo: _____

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

Hogar: _____

Trabajo: _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____

Familiares: _____

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, Vivir según sus creencias y valores, Trabajar y realizarse, Jugar y participar en actividades recreativas, Aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familia: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa solo: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad Visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: ____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

Esta satisfecho con su trabajo: _____ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas o las de su familia: _____

Está satisfecho con el rol familiar que juega: _____

Objetivo:

Estado emocional /calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: _____

Recursos en su comunidad para la recreación: _____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

Rechazo a las actividades recreativas: _____

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: ansiedad, dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

ANEXO 7
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
FORMA PARA LA VISITA DOMICILIARIA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

Objetivo de la visita: _____

Actividades a realizar: _____

Resultado de la visita: _____

Tiempo de ejecución: _____

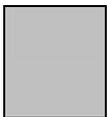
Nombre del visitador: _____

ANEXO 8

GRÁFICA DE VALORACIÓN

	7:00	8:00	9:00	10:00	16:00	17:00	18:00	19:00
LUNES								
MARTES								
MIERCOLES								
JUEVES								
VIERNES								
SABADO								
DOMINGO								

JUNIO



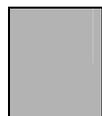
Tiempo para la valoración

Total 6 horas por semana

ANEXO 9

GRÁFICA DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	DOM
19:00							
18:00							
17:00							
16:00							
10:00							
9:00							
8:00							
7:00							



Total 5 horas semanal

ANEXO 10

DIETA HIPOSODICA MODERADA DE 1700 KALORIAS CON 75 GRS. DE PROTEINAS

DESAYUNO	CANTIDAD G Y ML	MEDIDAS CASERAS
Leche Descremada	200 ml	1 taza
Frutas	100 g.	1 ración o taza
Verduras	100 g.	1 taza
Huevos o sustitutos	55 g.	1 pieza o ración
Pan blanco o Tortillas	40 g.	2 piezas
Aceite vegetal	10 ml	2 cuch. Cafeteras
 COMIDA		
Arroz o pasta	30 g.	½ taza o 1 cda.
Carne o sustituto	100 g.	3 raciones peq.
Verduras	100 g.	1 taza
Agua de fruta natural	200 ml	1 vaso
Fruta	100 g.	1 ración
Tortilla	40 g.	2 piezas
Aceite vegetal	15 ml.	3 cuch.
 CENA		
Leche descremada	200 ml	1 taza
Carne o sustituto	60 g.	2 raciones
Verduras	100 g.	1 taza
Gelatina	100 g.	1 taza
Pan blanco sin sal	20 g.	1 rebanada
Aceite vegetal	10 ml	2 cuch. Caf