



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

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A MUJER CON EMBARAZO DE 27 SDG. BAJO EL
MODELO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE
VIRGINIA HENDERSON**

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

**PRESENTA:
MARÍA DE LOURDES RAMÍREZ MARÍN.**

**NÚMERO DE CUENTA:
9367695-9**

ASESORÍA ACADÉMICA:

MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ.



OCTUBRE, 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.

DEDICATORIA

Dedicado con todo mi amor y cariño a mi pequeño tesoro: José Eduardo. Ya que tú eres mi fuente de inspiración para seguir superándome personal y profesionalmente.

A mis padres Daniel y Margarita y a mis hermanos por todo su apoyo, comprensión, confianza y cariño, que siempre me han brindado.

A la Maestra Sandra por brindarme sus conocimientos, su tiempo y paciencia.

A todos ustedes, GRACIAS porque hoy culmino una meta más en mi vida.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVO	8
METODOLOGÍA DEL TRABAJO	9
1.- MARCO TEÓRICO	10
1.1.- ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA	10
1.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	12
1.3.- EL CUIDADO	14
1.3.1. CONCEPTO DE CUIDADO	14
1.3.2. CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	14
1.3.3. TIPOS DE CUIDADOS	16
1.4.- LA TEORÍA DE ENFERMERÍA	17
1.4.1.- CONCEPTO	17
1.4.2.- OBJETIVO DEL USO DE UNA TEORÍA	19
1.4.3.- CLASIFICACIÓN DE UNA TEORÍA	19
1.5.- TEORÍA DE VIRGINIA HENCERSON	20
1.6.- PROCESO DE ENFERMERÍA	28
1.6.1.- CONCEPTO	28
1.6.2.- OBJETIVO	28
1.6.3.- VENTAJAS	28
1.6.4.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Y DESCRIPCIÓN DE CADA UNA DE ELLAS	29
1.7.- LA MUJER EN ESTADO DE GESTACIÓN	39
1.7.1.- CONCEPTO DE GESTACIÓN O EMBARAZO	39
1.7.2.- ADAPTACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO	40
1.7.3.- CAMBIOS PSICOEMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO	44
1.7.4.- DESARROLLO DEL FETO	44

Pág.

1.7.5.- PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	45
2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA BAJO EL MODELO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	47
3.-CONCLUSIONES	67
4.- BIBLIOGRAFÍA	68
5.- ANEXOS	70
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	70

INTRODUCCIÓN

Hoy en día para lograr que la enfermería sea una profesión, se necesita que las enfermeras y enfermeros entiendan y comprendan lo que es enfermería como una disciplina.

Enfermería como una disciplina puesto que se compone por fundamentos filosóficos, históricos, éticos, un cuerpo de conocimientos y teorías que derivan de una manera muy particular de entender el fenómeno salud de los seres humanos en relación con su ambiente, es decir, una visión holística del ser, se focaliza en las respuestas de éste frente a problemas de salud actuales o potenciales, lo que permite, explicar, predecir, ó controlar, los fenómenos que abarcan el ámbito de la Enfermería.

Así mismo, enfermería es un arte porque incluye habilidades que requieren capacidad y destreza, y una ciencia porque entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos. Y es una profesión porque recibe una formación, que es avalado por un diploma, responde a una demanda social y al mismo tiempo recibe una remuneración por el servicio que presta.

Enfermería es una profesión disciplinar que tiene como objeto de estudio el cuidado. Este tiene sus orígenes desde el comienzo de la vida, el cual ha ido evolucionando en etapas en el transcurso de la historia: como la etapa doméstica: en este periodo los cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. La etapa vocacional que se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. La etapa técnica, haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado y la etapa profesional, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados.

El cuidado tiene cuatro dimensiones: la filosófica, la teórica, la metodológica y la práctica.

La dimensión del cuidado filosófica abarca el significado de la palabra Cuidar, que es un acto de vida, que tiene por objeto permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de este modo luchar contra la muerte. Existen dos tipos de cuidados: Los cuidados de costumbre y habituales: care, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida y los cuidados de curación: cure, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

La dimensión teórica es la que contempla las teorías y modelos de enfermería. Una teoría en enfermería se utiliza para describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las ventajas de usar una teoría son: formular una legislación que regule la práctica y la formación en enfermería, establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería, orientar el desarrollo de los diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería, entre otras.

La teoría de Virginia Henderson surge entre las décadas de 1950 a 1996, ella nos da diferentes tipos de conceptos como enfermería, salud, entorno, persona y su teoría se basa en las 14 necesidades básicas del ser humano.

En la dimensión del cuidado metodológico, se encuentra el Proceso de Enfermería, el cual constituye para la enfermera una herramienta fundamental para proporcionar su cuidado. El PAE está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados

de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Y la dimensión del cuidado en la práctica, se implementa el presente Proceso de Atención de Enfermería a una mujer con embarazo de 27 semanas de gestación bajo el modelo de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, durante su estancia hospitalaria en el servicio de urgencias gineco-obstétricas del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Con éste trabajo se pretende contar con una opción para la titulación, pero además cubrir las demandas de la sociedad que reclama profesionales de enfermería con el más alto nivel de formación académica y con habilidades reflexivas para la toma de decisiones, así como dominio teórico y práctico en el manejo, dominio e implementación del Proceso de Atención de Enfermería, el cual hasta el día de hoy es considerado como una herramienta que permita al profesional de enfermería proporcionar su cuidado.

El contenido de este trabajo comprende desde la justificación, el objetivo, la metodología del trabajo, el marco teórico donde se abordan temas como enfermería como disciplina, antecedentes históricos del cuidado, el cuidado como objeto de estudio, los tipos de cuidado, la teoría de enfermería, la teoría de Virginia Henderson, el Proceso de Atención de Enfermería y conceptos de embarazo, cambios del embarazo, principales complicaciones del segundo trimestre del embarazo. Después se presenta la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería bajo el modelo de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, las conclusiones, la bibliografía y por último, los anexos (instrumento de valoración utilizado).

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día para el Profesional de Enfermería el Proceso Atención de Enfermería constituye una herramienta metodológica necesaria e indispensable para proporcionar el cuidado. (El cuidado es el objeto de estudio de enfermería), de ahí que es fundamental que todo profesional de enfermería lo ubique como eje formativo, operativo e incluso de investigación. Así mismo, dicho proceso constituye una garantía para otorgar cuidado de calidad a la persona, a la familia y a la comunidad.

Como pasante de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México decido presentar el Proceso de Atención de Enfermería como opción de titulación y además por otra razón que es tan importante como la primera; el de tener una oportunidad de ser congruente con el perfil e identidad profesional de Enfermería.

Y de esta manera contribuir a que la Enfermería se consolide como una disciplina.

OBJETIVO

Comprender e implementar el Proceso de Atención de Enfermería bajo el modelo de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson a una mujer con embarazo de 27 SDG. para garantizar el cuidado profesional y de calidad de enfermería.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

1. Cursar un seminario-taller de Proceso de Atención de Enfermería.
2. Elegir a una mujer con embarazo de 27 semanas de gestación, para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.
3. Elaboración y aplicación de un instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.
4. Establecimiento de diagnósticos de Enfermería.
5. Planeación de las intervenciones de enfermería.
6. Ejecución y Evaluación de las mismas.
7. Elaboración del trabajo escrito.
8. Revisiones continuas por asesor académico.
9. Aprobación por asesor académico.
10. Registro administrativo del Proceso de Atención de Enfermería.
11. Seguimiento de trámites administrativos para la titulación.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.- ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

Hoy en día para lograr que la enfermería sea una profesión, se necesita que las enfermeras y enfermeros entiendan y comprendan lo que es enfermería. El término enfermería puede adquirir significados diferentes para distintas personas e incluso para distintos grupos enfermeros. Por ello, a continuación mencionare algunas definiciones de enfermería planteada por diversos autores y así poder mencionar una definición propia de enfermería.

Según en la vigésimo segunda edición del Diccionario de la Lengua Española, publicado en el mes de octubre por la Real Academia, la palabra enfermería ya tiene nueva definición: "profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas".

Para Nightingale dice que enfermería es "el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente" (Marriner, 1999).

Para Henderson dice que Enfermería: Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible. Asimismo, menciona que Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (Marriner, 1999).

Para Orem, define el objetivo de la enfermería como : " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida , recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad" . Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entrono para el desarrollo (Marriner, 1999).

Para Imogene M. King, en su libro de Enfermería como Profesión, menciona que Enfermería es: percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la conducta de los individuos que llegan a necesitar de sus cuidados. También dice que Enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermería.

Para Luverne wolf y Marlene H. Weitzel (1984), en su libro de Curso de Enfermería Moderna, Enfermería se deriva del latín infirmitas, que significa enfermedad. La enfermería es un arte y una ciencia a la vez. Es un arte porque incluye habilidades que requieren capacidad y destreza, y una ciencia porque entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos.

Y analizando todas las definiciones anteriormente mencionadas, para mí la enfermería es una disciplina, una profesión, una ciencia y un arte del cuidado que se brinda a toda aquella persona sana o enferma, de forma humanista y holísticamente, y que esta basada en conocimientos científicos y metodológicos.

Es una disciplina, porque posee un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica. Una disciplina explica, porque describe, analiza y confiere unos conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas. A la vez una disciplina implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y técnicas aplicadas.

Es una disciplina porque:

1. Posee un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.
2. Utiliza en su actividad el método de la ciencia, adaptado a las peculiaridades del objeto disciplinar.
3. Organiza los conocimientos con lenguaje científico. Las proposiciones, los enunciados y los términos lingüísticos se articulan entre sí en distintos niveles de abstracción para ordenar los conocimientos.

Es también una profesión porque: Ofrece un servicio único, es vocacional, está ejercida por profesionales, controla la actividad, requiere preparación específica, es autónoma, asume su responsabilidad y es altruista.

Es un arte porque incluye habilidades y destrezas (Wolf, Weitzel y Zarnow, 1988).

Es una ciencia porque entraña en la aplicación sistemática de conocimientos científicos (Wolf, Weitzel y Zarnow, 1988)

1.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La enfermería es una disciplina que tiene una larga historia. Las tendencias y prácticas actuales de la enfermería están sujetas a la influencia de los hechos históricos, por lo que la enfermera debe conocer los principales acontecimientos y circunstancias que han dejado huella en esta disciplina, sobretodo el origen y la evolución del objeto de estudio de enfermería, que es el cuidado.

Dice Ventosa: “una profesión que desconoce su Historia, es algo tan anómalo, como un hombre sin memoria, que no guarda el menor recuerdo de los hechos de la vida pasada” (Botella).

Comenzaré diciendo que los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que desde entonces fue necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir. Durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión, sino que eran los actos de cualquier persona que ayudará a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida (Collière, 1993).

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

Y para analizar el origen y evolución histórica de los cuidados enfermeros, me centre en el libro de Historia de la enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero. De las autoras: Catalina García Martín-Caro y María Luisa Martínez Martín, ellas han dividido esta evolución en cuatro etapas: la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional. A continuación hago un breve resumen de cada una de ellas:

≈La Etapa Doméstica abarca los Tiempos Remotos, la Sociedades Arcaicas Superiores (Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, la India, China y el Nuevo Mundo) y el Mundo Clásico (Grecia Antigua y Roma). En este periodo los

cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y unas adecuadas alimentación y vestido.

≈La Etapa Vocacional comprende el inicio del Mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

≈La Etapa Técnica engloba el Mundo Contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

≈La Etapa Profesional, por último, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual.

1.3.- EL CUIDADO

1.3.1.- CONCEPTO DE CUIDADO.

Collière que “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” “cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”.

Para Benner y Wrubel el cuidado es definido en los términos siguientes: “cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empalmar o “sentir desde” el paciente, representa la principal características de las relaciones profesionales (Medina, 1981).

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle. (Uribe).

1.3.2.- CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Actualmente la mayoría de las enfermeras sabe que el objeto de estudio de nuestra profesión es el cuidado, pero no todas saben lo que implica la palabra cuidado, comenzaré por presentar una serie de conceptos de la palabra cuidar, cuidado y cuidados profesionales, visto desde el punto de vista de diversos autores.

En un sentido transaccional y de desarrollo, donde la enfermera obtiene crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo, Planner (1981) afirma que: “Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos” (Medina, 1981).

Por su parte, Mayeroff(1971) desde una perspectiva existencial, trata de determinar los atributos generales del cuidado: “Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien. El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad sólo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación” (Medina, 1981). Heidegger dice que ciertamente, cuidar a otro no es sustituirle (aunque a veces sea necesario) sino más bien ayudarlo. No consiste en imponerle unas pautas de conductas ajenas a él sino más bien contribuir a la realización de su proyecto personal. (Medina, 1981).

Los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado se deben a Madeleine Leininger (1978;1980) enfermera y antropóloga, quien a finales de los años 70 inicio un estudio sistemático del término. Para esta autora existen varias razones para considerar al cuidado como el dominio central del cuerpo de conocimientos y las prácticas de la Enfermería y que justifican la necesidad de realizar investigaciones para su elucidación. En estos primeros intentos presento las diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero. Su objetivo era identificar los actos de cuidado presentes, implícita o explícitamente, en las creencias, valores y prácticas de los distintos grupos culturales, para distinguir que actos o prácticas de cuidado son específicos de una cultura y cuáles son universales. Según esta autora, el cuidado genérico: son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana. Los cuidados profesionales son definidos como: aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o

comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida. Y por último, dice que los cuidados profesionales enfermeros son: todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte. (Medina, 1981).

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social, y en la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con el sujeto cuidado, individuo y colectivos, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.

1.3.3.- TIPOS DE CUIDADOS

Según Colliere (1982) existen 2 tipos de cuidados de naturaleza diferente:

- ✓ Los cuidados de costumbre y habituales: care (To care: cuidar de, ocuparse de) relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida;
- ✓ Los cuidados de curación: cure (To cure: curar, reseca, tratar suprimiendo el mal; de ahí deriva, cura, curetaje) relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: care representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, de luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc. Este tipo de cuidados están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: cure. Tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad. Estos cuidados se van a añadir a los cuidados habituales. De hecho, sólo pueden tener sentido si se mantiene todo aquello que contribuye a la continuidad y desarrollo de la vida, aun si temporalmente, en determinadas circunstancias-más excepcionales de lo que se quiere reconocer- pueden ser de forma transitoria el primer “gesto que salva”, es decir lo más indispensables..

Cuando prevalece la cure sobre el care, es decir, loss cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sean de la naturaleza que sean (física, afectiva, social, etc.). Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible.

Por lo anterior, los tipos de cuidados de enfermería deben tener un balance y no descuidar ninguna de las dos, se les debe de dar la misma importancia, y con ello se lograr conservar y mantener la vida sanamente.

1.4.- LA TEORÍA DE ENFERMERÍA

1.4.1.- CONCEPTO:

De acuerdo con Chinn y Jacobs (1987), de Villalobos (1998) y Chinn y Kramer (1999) se pueden identificar varios tipos de definiciones de teorías (Durán, 2001):

El primer tipo de definición se basa en la estructura de la teoría. Este tipo de teoría se tipifica con la definición de Mckey (1969), quien define teoría como "un conjunto de hipótesis relacionadas". Esta definición incorpora a la investigación como una parte significativa en el proceso de desarrollo teórico y descarta las conceptualizaciones que se basan exclusivamente en procesos mentales.

Por lo tanto, esta definición no permite poner en consideración ningún tipo de modelo conceptual dentro del concepto de teoría.

El segundo tipo de definición tiene un enfoque derivado de las metas en las cuales se basa la teoría. La definición de Dickoff y James (1978), es un ejemplo de esta categoría. Definen teoría de enfermería como *"un sistema conceptual o marco de referencia inventado con un propósito definido"*. Enfocan el concepto de teoría en metas y consecuencias, puesto que según los autores la teoría de enfermería debe prescribir acciones de enfermería. No distinguen entre los conceptos de marco conceptual y teoría, es más, teoría se describe en términos de marco conceptual. Esta definición también llama la atención acerca del potencial de invención sobre la realidad de enfermería y explica que las imágenes mentales no están sujetas al descubrimiento de la realidad, sino más bien a la construcción de la realidad.

El tercer tipo de definición hace alusión a la naturaleza tentativa de la teoría, tal como lo describe Barnum (199). Define la teoría como *"una declaración que tiene como propósito explicar y caracterizar un fenómeno"*. Agrega además, que la esencia de enfermería no es "lo que es" sino "lo que debe ser" y que las conceptualizaciones existentes son en verdad teorías de enfermería. Plantea que discutir sobre terminología (teoría, marco conceptual, marco de referencia y otras), enfoca la atención en pequeños detalles y no en las substancias significativas de una tesis dada. La postura de Barnum reconoce que la teoría está en proceso de

desarrollo continuo y que las conceptualizaciones facilitan al igual que el descubrimiento, el desarrollo teórico.

Chinn y Jacobs (1987), proponen una cuarta forma de interpretar el concepto “teoría” y hacen una síntesis de las 3 propuestas anteriores así: *“la teoría es un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas (a los conceptos, definiciones...)”*. Esta definición es explícita en plantear la utilización de la teoría en la práctica y la investigación, no la restringe a la verificación de proposiciones de investigación y ejemplifica los múltiples usos de la misma.

Finalmente está la definición propuesta por Fawcett en 1995, la cual se enfoca a los fenómenos de enfermería. *“Las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones y están destinadas a explicar los fenómenos con mucha más minuciosidad que los modelos conceptuales y explican los fenómenos del metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado de enfermería, explicando las relaciones derivadas de éstas cuatro variables”*.

1.4.2.- OBJETIVOS DEL USO DE UNA TEORÍA:

- ✚ Formular una legislación que regule la práctica y la formación en enfermería.
- ✚ Desarrollar reglamentos que interpreten las leyes en la práctica de la enfermería con el fin que el profesional de enfermería, comprenda mejor las leyes.
- ✚ Desarrollar el programa de estudios para la formación de la enfermería.
- ✚ Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería.
- ✚ Preparar las descripciones de los trabajos utilizados por los primeros profesionales de la enfermería.
- ✚ Orientar el desarrollo de los diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería.
- ✚ Proporcionar conocimientos para la administración, práctica, formación y investigación en enfermería.
- ✚ Identificar las competencias y objetivos de enfermería.

 Orientar la investigación con el fin de establecer una base empírica de conocimientos de enfermería.

1.4.3.- CLASIFICACIÓN DE UNA TEORÍA:

Las teorías se clasifican de acuerdo con sus características de aplicación en grandes teorías o macroteorías, teorías de mediano rango o rango medio y microteorías (Durán, 2001).

Las macroteorías: Son aquellas que cubren áreas amplias de preocupación dentro de una disciplina. Son construcciones sistemáticas sobre la naturaleza de enfermería, la misión de enfermería y las metas del cuidado de enfermería. Estas teorías cuando se asocian con una disciplina profesional, como enfermería, mantienen un papel formativo y de socialización dentro de la comunidad profesional del conocimiento disminuye una vez que una masa crítica de realización científica se produce a partir de independientemente de estas teorías o modelos conceptuales y se abren paso las teorías de rango medio (Lenz, Pugh, Milligan, Gift y Suppe, 1995).

Las teorías de rango medio: Son mucho mas limitadas en amplitud, son menos abstractas, describen fenómenos o conceptos específicos y reflejan, de mejor manera, los componentes de la práctica y son los suficientemente generales como para estimular la investigación. Los conceptos o fenómenos tienden a cruzar diferentes campos de enfermería y reflejan una gran variedad de situaciones de cuidado de enfermería. Son ejemplos: incontinencia, incertidumbre, soporte social, calidad de vida y la salud como forma de empoderamiento. Este tipo de teoría tiene una gran ventaja: trabaja aspectos vividos del ejercicio profesional y de las características singulares de la práctica de enfermería, dentro de un contexto mucho más objetivo pero que, de ninguna forma, proponen estereotipos o prácticas inmodificables.

1.5.- TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería (Marriner, 1999).

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

A continuación se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Datos biográficos

- ✚ Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.
- ✚ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- ✚ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ✚ 1922 inicia su carrera como docente.

- ✚ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ✚ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ✚ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- ✚ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- ✚ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- ✚ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ✚ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ✚ 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- ✚ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ✚ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
- ✚ Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.
- ✚ Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:
 - Catholic University.
 - Pace University.
 - University of Rochester.
 - University of Western Ontario.

- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.

📌 Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honoraria de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

📌 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

📌 La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

📌 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

📌 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

📌 Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich ,Caroline Stackpole, Jean Broadhurst,Dr Edward Thorndike,Dr George Deaver,Bertha Harmer, e Ida Orlando.

Tendencia y modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia (Marriner, 1999).

Principales conceptos y definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente (Marriner, 1999).

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible. La enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas. Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería (Marriner, 1999).

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida (Marriner, 1999).

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son: (Marriner, 1999).

- ✚ Respirar normalmente.
- ✚ Comer y beber de forma adecuada.
- ✚ Evacuar los desechos corporales.
- ✚ Moverse y mantener una postura adecuada.
- ✚ Dormir y descansar.

- ✚ Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- ✚ Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- ✚ Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- ✚ Evitar peligros y no dañar a los demás.
- ✚ Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- ✚ Actuar con arreglo a la propia fe-
- ✚ Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- ✚ Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- ✚ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Supuestos principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones teoricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ✓ La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

- ✓ La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ✓ La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

La enfermera como miembro del equipo sanitario::

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Metodo logico

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

1.6.- PROCESO DE ENFERMERÍA

1.6.1.- CONCEPTO

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. (Fernández).

Carpenito (1981), nos dice que el PAE se emplea para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

Alfaro define el Proceso de Enfermería como “El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería”.

1.6.2.- OBJETIVO

Es construir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

1.6.3.- VENTAJAS

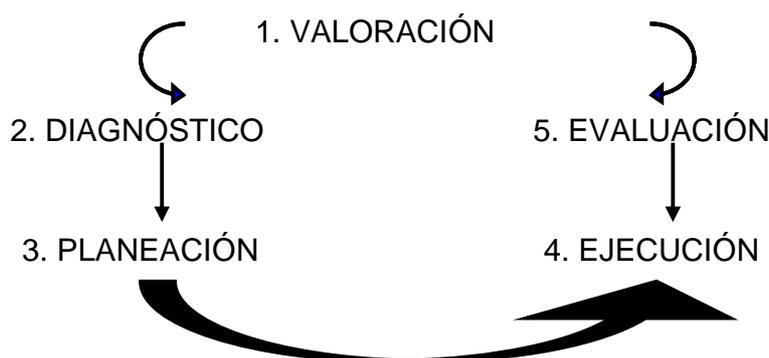
Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención

individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

A la profesional de enfermería le ofrece ventajas como: facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional.

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

1.6.4.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Y DESCRIPCIÓN DE CADA UNA DE ELLAS



ETAPA DE VALORACIÓN:

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

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son: Las convicciones del profesional, los conocimientos profesionales, las habilidades para la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos,

comunicarse de forma eficaz, observar sistemáticamente, diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.

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

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

En la recogida de datos necesitamos: Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones); habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas); convicciones (ideas, creencias, etc.); capacidad creadora; sentido común. y flexibilidad.

Tipos de datos a recoger: datos subjetivos, datos objetivos, datos históricos – antecedentes y datos actuales.

Métodos para obtener datos:

- a) Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

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

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

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

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

Las técnicas verbales son: El interrogatorio, la reflexión o reformulación y las frases adicionales.

Las técnicas no verbales son: Expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- b) La observación: La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.
- c) La exploración física: La exploración física se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Diferentes formas de abordar un examen físico:

- Desde la cabeza a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos.
- Por patrones funcionales de salud.

Validación de datos: Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

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

Documentación y registro de la valoración:

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

- a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concreta
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- e) La anotación debe ser clara y concisa.
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

FASE DE DIAGNÓSTICO:

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

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

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

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

El diagnóstico de enfermería

a) Definición:

El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por V.Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados.

En 1973 un grupo de enfermeras se reunió para formar el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, en un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería. Este grupo compuesto por docentes, teóricas, administradoras y enfermeras en ejercicio, se convirtió posteriormente en la "Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería" (NANDA, 1982).

Algunas otras definiciones de Diagnósticos de Enfermería:

Son los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar (Gordon).

Según Carpenito el diagnóstico de enfermería "describe las situaciones de salud o los patrones de interacción alterados, en los que la enfermera puede ayudar al cliente". Es una declaración que describe una respuesta humana (estado de salud real o potencialmente alterado), de un individuo/grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones.

Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable (NANDA).

b) Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería:

Según Baer:

- Organizar, definir y desarrollar el conocimiento enfermero.

- ✚ Identificar y describir el dominio y alcance de la práctica enfermera.
- ✚ Establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo/usuario, basados en una valoración enfermera.
- ✚ Centrar los cuidados en la respuesta del enfermo/usuario a los problemas de salud.
- ✚ Prescribir actividades específicas para casa situación, lo que debería aumentar la eficacia de los cuidados enfermeros.
- ✚ Brindar unos cuidados más individualizados e integrados.
- ✚ Evaluar los cuidados brindados.
- ✚ Utilizar un vocabulario estandarizado para mejorar la comunicación intra e interprofesional.
- ✚ Organizar el contenido del currículo enfermero.

c) Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definatorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

d) Tipos de diagnósticos:

Hay tres tipos, que son:

- ✚ Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.
- ✚ Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- ✚ De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

Etapas en el Plan de Cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
3. Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- ✚ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- ✚ Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ✚ Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

- ✚ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ✚ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ✚ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano: Promoción de la salud, prevenir las enfermedades, restablecer la salud, rehabilitación y acompañamiento en los estados agónicos.

4. Documentación y registro: Es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación. El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Partes que componen los planes de cuidados :

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

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

Tipos de planes de cuidados: Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

FASE DE EJECUCIÓN:

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

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

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

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

FASE DE EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

- 1) Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
- 2) Señales y Síntomas específicos.
- 3) Conocimientos: Entrevista con el paciente y cuestionarios (test).
- 3) Capacidad psicomotora (habilidades): observación directa durante la realización de la actividad.

4) Estado emocional.

5) Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

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

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

1.7.- LA MUJER EN ESTADO DE GESTACIÓN

1.7.1. CONCEPTO DE GESTACIÓN O EMBARAZO

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización.

Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja.

Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al feto por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto. (Mondragón, 1997).

1.7.2.- ADAPTACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO:

El período que transcurre desde la concepción hasta el parto abarca aproximadamente 40 semanas. Durante este tiempo, el cuerpo de la madre experimenta cambios fisiológicos cuya magnitud y complejidad han impedido su

comprensión plena. Muchos de esos cambios son regidos por las hormonas femeninas, lo mismo que por otras que se activan durante el embarazo. Los cambios fisiológicos son tan impresionantes que se considerarían patológicos en la no embarazada; constituyen la reacción adaptativa del cuerpo a las necesidades crecientes del feto en cuanto a nutrición, eliminación de desechos, protección contra lesiones y espacio para crecer. (Baillou, 1997).

Adaptaciones fisiológicas y biológicas del aparato reproductor:

Cambios en el útero: De ser un órgano de 8 cm de longitud con una capacidad de 10 a 20 ml en su cavidad y 60 g de peso, pasa a tener al final del embarazo una longitud de 35 cm, un peso de 800 a 1200 g, y una capacidad de 6 a 8 litros en su interior, es decir, aumenta más de 500 veces su capacidad original, así se forma un recipiente muscular que contiene al feto, a la placenta y al líquido amniótico.

Cambios en la cervix: Hay reblandecimiento y cianosis a causa de vascularización y edema; hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales; alteraciones en la mucosa cervical, que dan lugar a la producción del tapón mucoso; a partir del cuarto mes de embarazo hay incorporación de fibras cervicales a la porción intermedia del útero, con lo cual se va formando progresivamente el segmento uterino y hay aumento en la frecuencia de erosiones por eversión de las glándulas endocervicales.

Cambios en los ovarios: Hay supresión del desarrollo folicular y, por tanto, de la ovulación; crecimiento del cuerpo amarillo (funcionante hasta 10 a 12 semanas) en uno de los ovarios; hay aparición de una reacción decidual importante en la superficie ovárica y aumento del calibre de los vasos ováricos.

Cambios en las trompas de Falopio: Hay hipertrofia moderada, aumento de vascularización y disminución de la motilidad tubaria.

Cambios en la vagina: Hay aumento de vascularización, con coloración violácea; secreción abundante (leucorrea blanquecina), con pH 3.5 a 6, por alto contenido de ácido láctico, que sirve para proteger a la cervix de la invasión de bacterias patógenas; aumento del espesor de la mucosa; relajamiento de tejido conectivo y también hay hipertrofia de fibras musculares lisas.

Cambios en mamas: Hay aumento de sensibilidad, incremento de tamaño, presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar, congestión de venas superficiales (red venosa de Haller), aparición de la aréola secundaria, mayor excitabilidad del pezón, aparición de tubérculos de Montgomery y en ocasiones, presencia de un líquido llamado calostro.

Cambios en la pared abdominal: Hay distensión de la piel por el crecimiento uterino, la presencia de estrías originadas por la ruptura de las fibras elásticas de la capa reticular de la piel. Estas lesiones son de coloración violácea cuando se trata del primer embarazo y adquieren un color blanco nacarado si la paciente es multigesta.

Repercusiones del embarazo en otros órganos:

Hipófisis: Aumento importante del volumen de esta glándula en el último mes; desarrollo notable de las llamadas “células cromóforas del embarazo”, descenso de la producción de hormonas estimulante del folículo.

Tiroides: Aumenta su volumen gracias a que recibe mayor vascularización; eleva su metabolismo basal a causa del oxígeno que consumen el útero y la unidad fetoplacentaria.

Corazón y sistema circulatorio: El peso de este órgano aumenta 25 g, modifica su posición y se ubica horizontalmente debido a la elevación del diafragma, lo cual ocasiona la desviación del eje eléctrico a la izquierda, de 58 a 47 grados. El choque de la punta cardíaca se aprecia arriba del cuarto espacio intercostal, fuera de la línea media clavicular. Esto produce modificaciones electrocardiográficas y de la silueta cardíaca en el estudio radiológico. El corazón retorna a su posición original en la cuarta semana del puerperio. Durante el primer y segundo trimestres del embarazo el gasto cardíaco aumenta paulatinamente y alcanza su mayor nivel entre las semanas 28 y 32, el volumen plasmático aumenta entre 20 y 30%. La frecuencia cardíaca aumenta ligeramente hacia la semana 36 y disminuye al final del embarazo. La presión arterial experimenta poca variación, la presión venosa

con cifras de 4 a 8 cm de agua fuera del embarazo, aumenta hasta 24 cm de agua después del quinto mes.

Aparato respiratorio: Modificación de la capacidad torácica de la paciente, debido a la elevación del diafragma, en tanto que la capacidad vital pulmonar permanece constante. Aumento de la velocidad de ventilación de 7.4 l/min a 11 l/min al final del embarazo.

Aparato digestivo: Aumento de caries dentales por alteraciones en la saliva y cambios histológicos gingivales (gingivitis hipertrófica). Disminución de la pepsina y ácido clorhídrico libre y de la acidez total del jugo gástrico. Reducción de la motilidad gástrica, hipotonía del conducto gastrointestinal; relajación del esfínter cardioesofágico que ocasiona pirosis hasta el quinto mes.

Hígado: Se observa discreta estasis biliar.

Piel: Esta experimenta pigmentación en zonas específicas (cloasma facial, pezones, línea morena del abdomen, genitales externos y muslos) debida a cambios en la melanina. Hiperactividad de glándulas sudoríparas y sebáceas.

Articulaciones: Hay relajamiento de articulaciones pélvicas y cambios posturales a medida que avanza el embarazo.

Aparato urinario: Presentación de síntomas compresivos en el trígono vesical (alteraciones en la micción). Estasis urinaria que propicia infecciones. En el riñón aumenta el flujo plasmático, por lo que las asa glomerulares se encuentran rebosantes de sangre, fenómeno que, aunado a lo delicado de la membrana capsular, origina un aumento progresivo del filtrado glomerular, que en la semana 26 del embarazo excede del 50%. Es frecuente encontrar lactosa y glucosa en la orina de la gestante por aumento del filtrado glomerular.

Cambios metabólicos: Existen factores que interviene en el aumento de peso de la madre, como son: aumento progresivo del tamaño de feto y placenta, elevación del volumen de líquido amniótico, hipertrofia de útero y mamas, mayor retención de agua, acumulación de grasa y proteínas, aumento de volumen sanguíneo, hipertrofia de otros órganos y aumento de lípidos. El aumento promedio de peso durante el embarazo equivales a 225 g por semana.

Metabolismo del agua: Al término del embarazo, la mujer retiene un promedio de 6.8 litros de agua, debido a los siguientes factores: presión hidrostática intracapilar, aumento de presión venosa en miembros inferiores, presión osmótica coloidal, permeabilidad capilar elevada y retención de sodio. La retención excesiva de agua se traduce en edema, y se manifiesta por el aumento súbito de peso corporal.

Cambios hematológicos: El flujo sanguíneo uterino disminuye proporcionalmente a la intensidad de la contracción miometrial. El volumen sanguíneo aumenta durante el embarazo, ya que se requiere llenar el espacio intravascular que condiciona el desarrollo de la placenta. Las concentraciones de hemoglobina, hematocrito y glóbulos rojos disminuyen durante el embarazo, porque el aumento plasmático es mayor (anemia aparente del embarazo). (Mondragón, 1997).

1.7.3.- CAMBIOS PSICOEMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO:

La mujer embarazada presenta los siguientes cambios: estado de ánimo cambiante, depresión mental pasajera, crisis de llanto injustificado e irritabilidad mental y agotamiento. (Mondragón, 1997).

1.7.4.- DESARROLLO DEL FETO:

Mes 1: Mide 4 mm y pesa 1 g. Desarrollo incipiente de la cabeza. El corazón ya late.

Mes 2: Mide 3 cm y pesa 3 g. Desarrollo de brazos y piernas, así como del cerebro y órganos internos.

Mes 3: Mide 10 cm y pesa 45 g. Desarrollo de los párpados y movimiento de las extremidades.

Mes 4: Mide 15 cm y pesa 180 g. Se cubre de lanugo. El intestino comienza a llenarse de meconio. La piel es todavía muy fina, casi transparente.

Mes 5: Mide 18 cm y pesa 500 g. Crece el pelo de la cabeza, pestañas y cejas. Desarrollo del sistema inmunitario

Mes 6: Mide 25 cm y pesa 1000 g. La cara ya está completamente formada. La piel se cubre de un material graso llamado vernix caseoso. Abre los ojos y se mueve mucho.

Mes 7: Mide 30 cm y pesa 1500 g. Comienzan a moverse los pulmones. Aumenta la grasa subcutánea y ya no cabe bien en el útero.

Mes 8: Mide 35 cm y pesa 2500 g. Generalmente se pone boca abajo (posición cefálica) Se engrosa la piel, adquiriendo el tono rosáceo que tendrá definitivamente.

Mes 9: Mide 50 cm y pesa 3000 g. Los pulmones ya están completamente formados para la vida exterior.

1.7.5.- PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EL SEGUNDO TRIMESTRE:

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. Las principales complicaciones que puede presentar la embarazada son: hemorragia preparto que nos indica una placenta previa o parto prematuro, diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras.

Hemorragia preparto:

Antes de las 24 semanas, una hemorragia vaginal puede desembocar en aborto. Después, el feto se considera viable, es decir que podría sobrevivir fuera del útero materno. La hemorragia tras las 24 semanas se conoce como hemorragia preparto, y las dos causas principales proceden de la placenta.

Desprendimiento de placenta:

Si la placenta se desprende del útero, se producirá hemorragia. La sangre se acumula hasta derramarse por el cuello del útero. El tratamiento puede consistir en reposo y ecografías, y posiblemente cesárea.

Placenta previa:

Cuando la placenta está adherida a la parte inferior de la pared del útero, se denomina placenta previa. Si se encuentra total o parcialmente sobre el cuello uterino, puede resultar peligrosa durante el parto, al provocar hemorragia e interrumpir la circulación sanguínea del feto. El problema se detecta con ultrasonido. Si se produce hemorragia, se requiere que la embarazada se hospitalice y tal vez se le realice cesárea.

Hipertensión:

Se denomina hipertensión al aumento de la presión sanguínea. La hipertensión inducida por el embarazo incluye aumento de la resistencia vascular periférica en las arterias espiral y basal que se asocia a lesiones por hipertensión, mala irrigación placentaria debido a disminución del flujo sanguíneo vasoespasmo y en ocasiones reducción del volumen de líquido amniótico. Los efectos de estos cambios pueden producir anoxia placentaria y fetal, retraso del crecimiento intrauterino y muerte fetal. La actividad uterina aumenta de manera espontánea y en respuesta a la oxitocina en mujeres con hipertensión inducida por el embarazo. El tratamiento consiste en reducir la tensión arterial con fármacos y, en casos graves, en parto prematuro para aliviar los síntomas. (Mondragón, 1997).

2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA BAJO EL MODELO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se trata de la Sra. María de los Ángeles González Hernández de 30 años de edad, con ocupación de cajera en un centro comercial, estado civil casada, su religión es católica, con escolaridad de preparatoria terminada.

La Sra. María de los Ángeles actualmente cursa con 27 SDG, y acude a consulta al servicio de urgencias gineco-obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González y es ingresada para observación por presentar cifras de tensión arterial elevada 130/95 y con un sobrepeso mayor a su talla y a la edad gestacional.

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

NECESIDADES	SATISFECHA	INSATISFECHA		FUERZA	VOLUNTAD	CONOCIMIENTO
		REAL	POTENCIAL			
1. OXIGENACIÓN		✓	✓		✓	
2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN		✓			✓	
3. ELIMINACIÓN		✓	✓	✓	✓	
4. MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA		✓	✓	✓		
5. DESCANSO Y SUEÑO		✓		✓		
6. VESTIDO	✓					
7. TERMORREGULACIÓN	✓					
8. HIGIENE		✓			✓	
9. EVITAR PELIGROS	✓					
10.COMUNICACIÓN	✓					
11.CREENCIAS Y SUS VALORES	✓					
12.TRABAJAR Y REALIZACIÓN	✓					
13.RECREACIÓN	✓					
14.APRENDIZAJE	✓					

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN INSATISFECHA POR VOLUNTAD.

Diagnóstico real:

Alteración de la oxigenación relacionado a sobrepeso mayor a talla y edad gestacional manifestado por la sensación de que le falta el aire, fatiga, cansancio y cifras de presión arterial elevada a la normal 130/95.

PLANEACIÓN

Objetivo:

Contribuir a mejorar la necesidad de oxigenación, mediante medidas que disminuyan o eliminen los factores relacionados,

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
a).- INDEPENDIENTES: 1. Medición de signos vitales (tensión arterial y llenado capilar) cada 2 horas si la paciente se encuentra hospitalizada y una vez al día en caso de alta. Explicar a la Sra. Ángeles que debe restringir el ejercicio pesado en función de su actividad cardíaca: evitar la subida de escaleras pesadas, evitar levantar objetos pesados y descansar cuando aparezca disnea, fatiga o taquicardia. Y planificar el descanso después de ciertas actividades.	El monitoreo de las constantes vitales nos permite valorar el estado general de la persona y a detectar a tiempo signos de alarma y de esta manera, evitar complicaciones para el producto. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997). La persona embarazada necesita períodos de descanso antes y después de ciertas actividades. La planificación puede proporcionar el descanso conveniente y reducir el gasto innecesario de energía, posibilitando la continuación de las actividades y contribuyendo así a mejorar signos de dificultad respiratoria. (Carpenito, 2002).	Si se realiza esta intervención. Si se realiza esta intervención.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
2. Enseñar ejercicios respiratorios y fomentar la realización de respiraciones profundas y de relajación.	La respiración profunda dilata las vías aéreas, estimula la producción de agente tensioactivo y expande la superficie pulmonar mejorando de este modo el intercambio gaseoso. (Carpenito, 2002).	Si se realiza esta intervención.
3. Recomendar el ejercicio de intensidad leve y el movimiento constante de poco esfuerzo.	El ejercicio y el movimiento favorecen la expansión muscular, también favorece la circulación sanguínea, teniendo como consecuencia el adecuado intercambio gaseoso y así lograr que el feto reciba un buen aporte de oxígeno. (Carpenito, 2002).	Si se realiza esta intervención.
4. Fomentar dieta equilibrada.	Una dieta equilibrada ayuda a: mantener la competencia inmunitaria necesaria para combatir las infecciones respiratorias, obtener la energía necesaria para el trabajo respiratorio y a nutrir los músculos que participan en la respiración. (Carpenito, 2002).	Si se realiza esta intervención.
5. Mencionar los signos y síntomas de alarma, para que acuda inmediatamente al servicio médico.	La detección oportuna y rápida comunicación al servicio médico, de signos y síntomas de alarma, permite aplicar intervenciones oportunas y se previenen complicaciones. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997).	Si se realiza esta intervención.
6. Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración y las intervenciones implementadas, así como la respuesta que se obtenga ante tales intervenciones.	Las notas de enfermería constituyen el documento legal que facilita la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y respaldan las actuaciones de enfermería. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997).	Si se realiza esta intervención.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
b).- DEPENDIENTES Administración de antihipertensivo.		No se realiza esta intervención, porque se requirió.

EVALUACIÓN

Durante la estancia hospitalaria de la Sra. Ángeles se mantuvo con cifras de tensión arterial dentro de los límites normales 130/80 y 130/85, también tuvo buen llenado capilar y además sabe mencionar como realizar los ejercicios respiratorios, así como los signos y síntomas que debe vigilar.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

2.- NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN INSATISFECHA POR VOLUNTAD.

Diagnóstico real:

Alteración de la alimentación e hidratación relacionado a ingesta excesiva de alimentos ricos en carbohidratos y bebidas ricas en endulzantes artificiales manifestado por sobrepeso.

PLANEACIÓN

Objetivo: Contribuir a mejorar la necesidad de alimentación y de hidratación, para evitar que el incremento de peso durante su embarazo sea excesivo, de esta manera prevenir complicaciones y garantizar el crecimiento y desarrollo fetal normal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
a).- INDEPENDIENTES		
1. Informar de los cambios fisiológicos y de las necesidades alimenticias que se producen en el embarazo.	Durante el embarazo las necesidades calóricas aumentan: 23.3 kcal/kg de 19-24 años y de 21.9 kcal/kg de 25 hasta 40 años. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997).	Si se dio esta actividad.
2. Planear con la Sra. Ángeles el tipo de alimentación prenatal, para que logre una nutrición suficiente.	La alimentación de la embarazada debe ser completa, variada y equilibrada, de tal modo que proporcione todos los elementos nutritivos requeridos por la madre y el feto en desarrollo, evitando tanto las carencias como los excesos. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997).	Si se dio esta actividad.
3. Aconsejar a la madre sobre los cambios que se requieren para remediar los consumos excesivos.	Es de suma importancia controlar los consumos excesivos de carbohidratos, ya que solo aumentará de peso, pero no logrará cubrir los requerimientos nutricionales del embarazo. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997).	Si se dio esta actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
<p>4. Recomendar el aumento de consumo de líquidos, de dos a tres litros por día.</p> <p>5. Indicar la importancia de suplementos de vitaminas, de hierro, de ácido fólico y de calcio durante el embarazo.</p>	<p>La buena ingesta de líquidos ayudará a evitar complicaciones, como el estreñimiento, ya que favorece la formación de heces firmes, pero blandas y bien formadas, y disminuye el riesgo de heces duras y secas, difíciles de evacuar. (Carpenito,2002)</p> <p>El ácido fólico es esencial para la producción de RNA y DNA.</p> <p>El feto extrae grandes cantidades de la madre durante el embarazo, por eso es común que exista una deficiencia de hierro, de ácido fólico y de calcio, por eso es de suma importancia incrementar la ingestión de estos. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997).</p>	<p>Si se dio esta actividad.</p> <p>Si se dio esta actividad.</p>
<p>b).- DEPENDIENTES</p> <p>Enviar con una nutrióloga para establecer las necesidades diarias de la persona en cuanto a calorías y el tipo de alimentos.</p>	<p>La consulta a una nutrióloga puede asegurar que la dieta proporcionará el aporte óptimo de calorías y nutrientes. (Carpenito, 2002).</p>	<p>Se lleva a cabo esta intervención.</p>

EVALUACIÓN.

Se logra que la Sra. Ángeles conoce el tipo de alimentos que debe consumir, así como la buena ingesta de líquidos, evitando alimentos no saludables, así como bebidas ricas en endulzantes artificiales.

Se compromete en asistir con la nutrióloga.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN INSATISFECHA POR VOLUNTAD.

Diagnóstico real:

Alteración de la eliminación intestinal relacionado con el bajo consumo de fibra manifestado por estreñimiento.

PLANEACIÓN

Objetivo: Contribuir a que la Sra. Ángeles mejore su necesidad de eliminación intestinal, manifestando una frecuencia de al menos una defecación diaria o cada 2 días, con características blandas y sin esfuerzo al evacuar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
<p>a).- INDEPENDIENTES</p> <p>1. Explicar a la Sra. Ángeles que el estreñimiento puede ser normal en el embarazo.</p> <p>2. Fomentar la ingesta de una dieta equilibrada rica en fibra, así como el aporte adecuado de líquidos: consumir de 2 a 3 litros por día.</p> <p>3. Fomentar el ejercicio diario de leve intensidad.</p>	<p>El estreñimiento en el embarazo se debe a: Desplazamiento de los intestinos, aumento de la absorción de agua en el colon, influencias hormonales, retraso del tránsito intestinal y aporte complementario de hierro. (Baaily, Lloyd y Lynn, 1997).</p> <p>Una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo. La fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción de agua hacia las heces. El aporte de una cantidad suficiente de fibra en la dieta y de líquidos favorece la formación de heces firmes, pero blandas y bien formadas, y disminuye el riesgo de heces duras y secas, difíciles de evacuar. (Carpenito,2002).</p> <p>La actividad física frecuente favorece el tono muscular necesario para la expulsión de las heces. También aumenta el riego sanguíneo del tubo digestivo, lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de las heces. (Carpenito,2002).</p>	<p>Se da la información, mediante una platica educativa.</p> <p>Si se realiza esta intervención.</p> <p>Se comenta esta intervención.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
<p>a).- INDEPENDIENTES</p> <p>4. Explicar los riesgos del estreñimiento en el embarazo.</p> <p>5. Proporcionar apoyo y educación, según sea necesario.</p>	<p>Los riesgos del estreñimiento en el embarazo son: Disminución de la motilidad gástrica, prolongación del tránsito intestinal, presión del útero en crecimiento. (Carpenito,2002).</p> <p>Explicando las causas del estreñimiento durante el embarazo se favorece la participación en conductas que disminuyen o evitan el estreñimiento. (Carpenito,2002).</p> <p>El principal papel de la enfermera durante el embarazo es el de educación y apoyo (Aukamp,1989).</p>	<p>Si se llevo a cabo esta intervención.</p> <p>Se ejecuta esta intervención.</p>
<p>b).- DEPENDIENTES</p> <p>Uso de laxantes o de enemas, en caso necesario.</p> <p>Pedir dieta rica en fibra con abundantes líquidos.</p>	<p>Los laxantes y los enemas no forman parte de un programa de control del hábito intestinal, únicamente se emplean en caso de emergencia. (Carpenito,2002)</p>	<p>No fue necesario el uso de laxantes, ni enemas, por lo que no se llevo a cabo esta intervención.</p> <p>Se lleva a cabo esta intervención.</p>

EVALUACIÓN.

La Sra. Ángeles no tenía los conocimientos suficientes para satisfacer esta necesidad, aunque después de ejecutar todas las intervenciones planeadas, ella se muestra motivada y comienza a consumir abundantes líquidos y sabe identificar aquellos ricos en fibra natural.

No evaluó si evacua por que su estancia en el servicio de urgencia fue corta.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

4.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN INSATISFECHA POR FUERZA.

Diagnóstico real:

Alteración de la eliminación urinaria relacionada a la reducción de la capacidad vesical por presión creciente del útero sobre la vejiga manifestado por urgencia para orinar y oliguria.

PLANEACIÓN

Objetivo: Contribuir a que la Sra. Ángeles logre la satisfacción de la necesidad de eliminación urinaria, por medio de medidas que ayuden a eliminar las manifestaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
a).- INDEPENDIENTES		
1. Explicar a la Sra. Ángeles la causa de la urgencia por orinar.	La urgencia para orinar es debida a la presión que ejerce el útero sobre la vejiga. (Baaily, Lloyd y Lynn. 1997).	Si se dio esta actividad.
2. Enseñar los beneficios de la micción frecuente, al menos cada 2 horas.	La micción frecuente ayuda a que la vejiga este vacía y sufra menos por la presión que ejerce el útero sobre la misma (Carpenito,2002)	Si se dio esta actividad.
3. Evitar las bebidas de cola, café y té.	Estas bebidas actúan como diurético y pueden provocar urgencia miccional. (Carpenito,2002).	Si se dio esta actividad.
4. Enseñar ejercicios de los músculos del suelo de la pelvis.	Los ejercicios de Kegel fortalecen la musculatura del suelo pélvico y ayuda a mantener un control de la micción a medida que aumenta la urgencia (Aukamp,1989).	Si se dio esta actividad.
5. Mantener una hidratación óptima: de 2 a 3 litros por día.	La orina diluida ayuda a prevenir las infecciones y la irritación de la vejiga. (Carpenito,2002).	Si se dio esta actividad.
6. Explicar cuales serían las complicaciones que se pueden presentar..	La presión ejercida por el útero puede provocar una incontinencia de esfuerzo, que puede interpretarse erróneamente como líquido amniótico. (Carpenito, 2002).	Si se dio esta actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
b).- DEPENDIENTES 7. Realizar examen general de orina, para valorar la presencia de infección de vías urinarias.		Si se realizo esta actividad.

EVALUACIÓN.

Se logra que la Sra. Ángeles tenga una buena hidratación, va frecuentemente al baño a miccionar, con aumento de orina y se tomo el examen general de orina el cual dio como resultado negativo a infección.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

5.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA INSATISFECHA POR FUERZA.

Diagnóstico real:

Alteración de la movilidad y mantener buena postura relacionada a disminución del retorno venoso manifestado por edema maleolar y dolor al caminar.

PLANEACIÓN

Objetivo: Colaborar para mejorar la necesidad de movimiento y mantener una buena postura, mediante la implementación de acciones que ayuden a la disminución o eliminación de signos de alteración de esta necesidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
<p>a).- INDEPENDIENTES</p> <p>1. Explicar a la Sra. Ángeles que el edema maleolar es una molestia común del embarazo, debido al aumento de peso del feto y de los líquidos corporales.</p> <p>2. Favorecer el reposo en cama en decúbito lateral izquierdo.</p> <p>3. Valoración constante del aumento de la presencia de edema.</p> <p>4. Informar la importancia de realizar actividades físicas moderadas, y si es posible establecer un programa de actividades físicas, según sus gustos y sus capacidades.</p>	<p>La mayoría de las mujeres sufren edema en el embarazo debido a la creciente dificultad de retorno venoso de las extremidades inferiores. (Aukamp, 1989).</p> <p>El reposo en decúbito lateral izquierdo mejora la perfusión placentaria y disminuye la posibilidad de aparición del síndrome de vena cava. (Aukamp, 1989).</p> <p>Es de suma importancia vigilar la presencia continua de edema, ya que puede ser un indicativo de Preeclampsia. (Aukamp, 1989).</p>	<p>Si se lleva a cabo esta actividad.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
a).- INDEPENDIENTES		
5. Informar que debe elevar sus extremidades inferiores por lo menos 10 minutos al día, de preferencia por las tardes.	La elevación de las extremidades inferiores alivia la presión y en consecuencia el edema. (Aukamp, 1989).	Si se lleva a cabo esta actividad. Si se lleva a cabo esta actividad.
6. Aconsejar que debe evitar permanecer sentada o de pie durante mucho rato, así como evitar ambientes demasiado calurosos.	El tiempo caluroso aumenta la vasodilatación y con ello el edema. (Aukamp, 1989).	Si se lleva a cabo esta actividad.
7. Recomendar la necesidad de adoptar una buena postura y mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.	Los sistemas muscular y esquelético trabajan mejor si están bien alineados, (Aukamp, 1989.).	Si se lleva a cabo esta actividad.
7. Mencionar los signos y síntomas de alarma, para que acuda inmediatamente al servicio médico.	La detección oportuna y rápida comunicación al servicio médico, de signos y síntomas de alarma, permite aplicar intervenciones oportunas y se previenen complicaciones. (Aukamp, 1989).	

EVALUACIÓN.

Durante la estancia hospitalaria, la Sra. Ángeles adopta una posición decúbito lateral izquierdo, con períodos de elevación de extremidades inferiores, por lo que a su egreso, presenta disminución importante del edema maleolar.

Sabe mencionar signos y síntomas de alarma.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO INSATISFECHA POR FUERZA.

Diagnóstico real:

Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionado con la falta de descanso durante el día y el levantarse al baño durante la noche manifestado por bostezos y cansancio.

PLANEACIÓN

Objetivo: Contribuir a mejorar y lograr la pronta satisfacción de la necesidad de descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
a).- INDEPENDIENTES		
1. Aumentar las actividades diurnas, según las necesidades de la persona. Desaconsejar las siestas de más de 90 minutos. Fomentar las siestas matutinas.	Las siestas matutinas generan más sueño que las siestas por la tarde. Las siestas de más de 90 minutos disminuyen el estímulo para ciclos de sueño más largos en los que se alcanza la fase REM. (Carpenito, 2002).	Si se lleva a cabo esta actividad.
2. aconsejar a reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño.	El ruido ambiental que es imposible de eliminar o reducir puede enmascarse con ruidos blancos (p.ej., ventiladores, música suave, sonidos grabados) (Carpenito, 2002).	Si se lleva a cabo esta actividad.
3. Fomentar técnicas de relajación.	Con la relajación es más fácil conciliar el sueño. (Aukamp, 1989).	Si se lleva a cabo esta actividad.
4. Decir que disminuya la ingestión de líquidos por la tarde.	La disminución de líquidos por la tarde, ayudará a reducir las veces de eliminación urinaria por la noche. (Carpenito, 2002).	Si se lleva a cabo esta actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
<p>a).- INDEPENDIENTES</p> <p>5. Proponer una rutina para dormir en casa, de acuerdo a hábitos y posibilidades para llevar a cabo esta rutina:</p> <p>Mantener un horario constante para despertarse, dormir y descansar.</p> <p>Levantarse a la hora normal aunque no se haya dormido bien; evitar quedarse en la cama después de despertarse.</p> <p>Utilizar la cama únicamente para actividades relacionadas con el sueño.</p>	<p>Un ritual familiar para irse a la cama favorece la relajación y el sueño, de esta manera la persona logrará descansar y tener un sueño satisfactorio.(Carpenito, 2002).</p>	<p>Si se lleva a cabo esta actividad.</p>

EVALUACIÓN.

La Sra. Ángeles logra descansar y dormir durante el día y la noche.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

7.- NECESIDAD DE HIGIENE INSATISFECHA POR VOLUNTAD

Diagnóstico real:

Alteración de la necesidad de la higiene relacionado a deficiente aseo bucal manifestado por alitosis y caries en muelas.

PLANEACIÓN

Objetivo: Colaborar en la pronta satisfacción de la necesidad de higiene, mediante el empleo adecuado de conocimientos para conservar la higiene bucal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
a).- INDEPENDIENTES 1. Aconsejar a la Sra. Ángeles que: Conserve una buena higiene bucal. Realice enjuagues bucales.	La higiene bucal tiene como finalidad mantener limpios los dientes y su entorno, lo cual evita la alitosis y las infecciones. También aumenta el bienestar y hace que la comida sepa mejor. Además, reduce el riesgo de caries y de enfermedad periodontal. (Carpenito, 2002).	Se lleva a cabo esta intervención.
2. Explicar con que frecuencia de debe de cepillar los dientes.	La frecuencia de la higiene bucal varía según el estado de salud de la persona y su capacidad para el cuidado personal. Todas las personas deben limpiarse los dientes y la boca al menos una vez después de cada alimento y antes de acostarse. (Carpenito, 2002).	Se lleva a cabo esta intervención.
3. Tomar una dieta bien equilibrada, que incluya frutas y vegetales frescos; así como abundantes líquidos.	Se debe mantener una buena hidratación para fluidificar las secreciones y prevenir la sequedad de la mucosa oral. (Carpenito, 2002).	Se proporcionan solamente los líquidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
b).- DEPENDIENTES Aconsejar que debe consultar al dentista para recibir tratamiento para la caries.		

EVALUACIÓN.

La Sra. Ángeles describe la importancia de conservar una buena higiene bucal y se compromete a llevar a cabo todo los conocimientos aprendidos. Está motivada y comenta que acudirá con el dentista para que reciba tratamiento de sus caries.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

8.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN INSATISFECHA.

Diagnóstico potencial:

Riesgo de alteración de la necesidad de oxigenación relacionado a antecedentes de tabaquismo y la convivencia con fumadores.

PLANEACIÓN

Objetivo: Contribuir a que se disminuya o se abandone por completo el consumo y la exposición de tabaco, para evitar que este riesgo se vuelva un problema potencial.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
a).- INDEPENDIENTES 1. Dar platica informativa sobre los riesgos del tabaquismo y los beneficios que tienen el dejar de fumar.	Es importante que conozca los riesgos del consumo de tabaco durante el embarazo, ya que este se asocia a retraso del crecimiento intrauterino, pequeño tamaño para la edad gestacional, bajo peso al nacer, complicaciones placentarias, rotura prematura de la bolsa amniótica, muerte prenatal, aborto espontáneo, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta y síndrome de muerte súbita del lactante. Y los beneficios son: disminución de las pulsaciones y de la tensión arterial, regeneración de la mucosa respiratoria, disminución del riesgo de padecer cáncer, accidentes cerebrovasculares, infartos, EPOC. Mejora la higiene dental, etc. (Carpenito, 2002.)	Si se logra dar la platica informativa y se tuvo de apoyo un Rotafolio, ya que en el servicio de urgencias existen estos materiales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
<p>a).- INDEPENDIENTES</p> <p>2. Disipar dudas y dar más información sobre estrategias para ayudar a dejar de fumar, que las pueda realizar ella y su familia: Preparar a la persona para dejar de fumar: Enumerando todas las razones para dejar de fumar, elegir un día de la semana para no fumar en 1 o 2 semanas siguientes, contar con alguien para que sirva de apoyo, tirar todo el tabaco, eliminar el olor a tabaco del coche, la ropa y de la casa y evitar las situaciones tentadoras. Evitar la necesidad urgente de fumar: Pasar más tiempo con personas que no fuman, comprometerse en actividades en las que no se pueda fumar, tener a la mano una fruta o agua para cuando se tenga el deseo de fumar, emplear una técnica de relajación, como la respiración profunda. Si se produce una recaída: dejar de fumar inmediatamente, librarse de los cigarrillos, debe pensar que la recaída es frecuente</p>	<p>La información aumenta la confianza de la persona en el éxito puede impulsar la decisión de dejar de fumar. (Carpenito, 2002).</p>	<p>Se enseñó las estrategias que puede tomar la Sra. Ángeles y su familia para dejar de fumar.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO	EJECUCIÓN
antes de lograr el éxito, aprender de los errores y fijar una nueva fecha para dejar de fumar.		
b).- DEPENDIENTES Aconsejar a la Sra. Ángeles que acuda a una clínica de tabaquismo, así como a las personas fumadoras que conviven con ella.		

EVALUACIÓN.

La Sra. Ángeles muestra interés por aprender y comenta que si tiene el propósito de dejar el tabaco, y esta empezando desde ahora, con su embarazo, y platicará con sus familiares para que ellos eliminen este problema, para beneficios de ella, de su bebé y para todos los demás.

Al finalizar las platicas se le realizan tres preguntas sobre la información dada y sabe responder de acuerdo a la información recibida.

3.- CONCLUSIONES

Considero que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como herramienta metodológica para la implementación del cuidado enfermero si es viable. Aunque nos falta llevarlo a la práctica diaria, y hacer de él nuestro único y elemental instrumento para garantizar el cuidado enfermero. Así mismo, es importante retomar y concientizar a todo profesional de enfermería los beneficios que se van a lograr si todos unifican criterios y si lo implementan en su quehacer diario.

Aunque es importante tener presente que se van a suscitar obstáculos, los cuáles se deben minimizar para que con ello no se vea frustrado la pronta consolidación de enfermería como una disciplina, como una profesión con una base científica, metodológica, filosófica, epistemológica y por supuesto, una práctica.

Debo mencionar que a mí me permitió retomar esta parte como una herramienta para garantizar el cuidado que se brinda a toda aquella persona que lo requiere, además me permitió nuevamente identificarme con mi profesión, ahora, me comprometo a implementar todos los días de mi práctica profesional, el Proceso de Atención de Enfermería.

4.- BIBLIOGRAFÍA

- 📖 Aukamp, Virginia. 1989. Planes de Cuidados en Enfermería Materno Infantil. Ediciones Droyma. Barcelona, España. Pp. 248.
- 📖 Baaily Raffensperger, Ellen. Lloyd Zusy, Mary. Claire M., Lynn. 1997. Enciclopedia de la Enfermería. 1ª. Edición. Editorial Océano, España. Pp. 1168.
- 📖 Carpenito, Lynda Jiall. 2002 Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª. Edición. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. España. Pp.935
- 📖 Collière, Marie Francoise. 1982. Promover la vida. 1ª. Edición. Editorial Interamericana Mc graw Hill. . Impreso en España.
- 📖 Durán de Villalobos, Ma. Mercedes. Marco Epistemológico de enfermería, Puebla, Noviembre, 2001. en Antología de Fundamentación teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. Enero, 2004. Pp. 423.
- 📖 Fernández F, Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Masson-Salvat.
- 📖 García Martín-Caro, Catalina y Martínez Martín, María Luisa. 2001. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Editorial Harcourt. Madrid.
- 📖 Hernández Conesa, Juana. 1995. Historia de la enfermería. 1ª. Edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid. Pp. 195.
- 📖 King, Imogene. 1984. Enfermería como Profesión. 1ª. Edición. Editorial Limusa. Pp. 189.
- 📖 León Ramón, Carlos A. 2006. Enfermería ciencia y arte del cuidado. En la Revista Cubana de Enfermería. Vol. 22. Núm. 4. Ciudad de la Habana. Septiembre-Diciembre,.
- 📖 Marriner, T.A. Ralle, A.M. 1999. Modelos y Teorías en Enfermería. 3ra. Edición Editorial Mosby, Madrid. Pp. 555

- 📖 Medina, José Luis. 1981. El cuidado: objeto de conocimiento de la Enfermería como disciplina. en Antropología del Cuidado. 1ª. Edición. Editorial Barza-Barcelona.
- 📖 Ortega Vargas, Carolina. 2002. El cuidado de enfermería en la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico. Vol. 10 Núm. 3. Septiembre-Diciembre, México.
- 📖 Wolf, Luverne. Weitzel, Marlene, Zarnow, Ruth y Zsohar, Helen. 1988. Curso de Enfermería Moderna. Séptima Edición. Editorial Harla-México,

CONSULTAS DE INTERNET:

- 📖 Fica, H. M.L. Historia de la enfermería. Etapa de la enfermería profesional. Año de revisión 2006. [On line recuperado, World White Web: <http://www.enfermeros.org/historia-profesional.html>]

5.- ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: María de los Ángeles G. H. Edad: 30 años. Sexo: Femenino.

Ocupación: Cajera en centro comercial. Estado Civil: Casada.

Religión: Católica. Escolaridad: Preparatoria Terminada.

Domicilio: Cerrada de Trigo Mz. 5 Lt. 6 Col. Miramontes.

Unidad de salud donde se atiende: Centro de salud o consultorio particular.

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia: 18 x min. Amplitud: Buena Mediana XX

Reducida Débil Temperatura: 36.7 Tensión arterial 130/95
mmHg. Somatometría: Peso actual: 72 kg. Peso antes del

embarazo: 60 Kg. Talla: 1.57 Índice de Masa Corporal

Perímetro Abdominal:

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1.- Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No Sí XX Describa Al subir las escaleras, se cansa y siente que le hace falta el aire. ¿Se expone a humo de leña? NO ¿Fuma? No XX Sí .¿Cuántos cigarros al día? Pero antes del embarazo si fumaba de 1 a 2 cigarros por día. ¿Convive con fumadores? No Sí XX .¿Convive con aves? NO ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir las escaleras? Sí ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? Sí. Cuando camino muy rápido. ¿Su casa está ventilada? Sí. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No ¿Le han diagnosticado

hipertensión? No ¿Tiene problemas cardiaco? No. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No. ¿Toma algún medicamento? No.

Explore:

Región cardio pulmonar: campos pulmonares bien ventilados.

Dificultad respiratoria: No. Fatiga: Si.

Tos: No. Expectoración: No. Coloración de la piel: Ligera palidez.

Llenado capilar: 2 segundos.

2.- Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Café, pan de dulce, a veces fruta o cereal.

Cantidades en raciones: una rebanada de fruta o un plato pequeño de cereal, un huevo, dos tortillas, frijoles, una taza de café.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Pollo, carne de res o de puerco, a veces verduras, pasta, frijoles, tortillas.

Cantidades en raciones: de 2 a 3 tortillas, una pieza de pollo o un pedazo pequeño de carne de res o de puerco de 4 a 5 veces a la semana, de 1 a 2 verduras pequeñas de 3 a 4 veces por semana, un plato de sopa o de pasta, un plato de frijoles, cuando se puede una fruta.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Café, pan de dulce, galletas, cereal, quesadillas, etc.

Cantidades en raciones: un plato de cereal, una quesadilla, un o dos panes de dulce, 1 o 2 frutas.

¿Come entre comidas? Sí, algún antojo, como postres, quesadillas, sopes, torta, tacos, dulces. ¿En donde acostumbra comer? En mi casa, en el trabajo o en la calle.

¿Con quién acostumbra comer? A veces con sus familiares, otras veces sola. ¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? Sí,

porque cuando esta triste, le da por comer. ¿Cuáles son los alimentos que le agradan? La mayoría. ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? Solamente los irritantes.

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno ¿Tiene problemas para masticar? No, ¿Tiene dentadura

completa? Si. ¿Usa prótesis? No. ¿Tiene problemas con su peso? Actualmente si, por su embarazo y por que tiene muchos antojos.

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Si.

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 4 a 5 vasos pequeños. ¿Acostumbra a tomar refrescos? Si. Cantidad: 2 vasos de refresco al día. ¿Acostumbra a tomar café? Si. ¿Acostumbra a tomar alcohol? No. ¿Toma suplementos alimenticios? Si, Calcio y vitaminas.

¿A disminuido el consumo de sal? Si, a veces.

¿A disminuido el consumo de azúcar? Si, a veces.

Explore:

Cavidad oral: dentadura completa, aparentemente con caries, alitosis, mucosas orales secas.

Región abdominal: agrandamiento del útero, peristalsis presente, movimientos fetales, buena frecuencia cardiaca fetal, rítmica, con línea negra media, algunas estrias.

3.- Eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? Cada tres o cuatro días. ¿Presenta esfuerzo para defecar? Sí ¿Tiene dolor anal al evacuar? No. ¿Tiene dolor abdominal al evacuar? No. ¿Presenta flatulencias? Sí ¿Tiene tenesmo? No. ¿Tiene meteorismo? No. ¿Tiene incontinencia? No. ¿Tiene prurito? No ¿Tiene hemorroides? No ¿Cuándo presenta problemas para evacuar que recursos utiliza? Ninguno. ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? No tiene hábitos ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? No tomar agua ¿Qué características tiene la evacuación? Dura.

¿Cuántas veces orina al día? 8 o 9 veces ¿De que color es su orina? Amarilla concentrada ¿Tiene disuria? No. ¿Tiene nicturia? No ¿Tiene retención de orina? No. ¿Tiene urgencia para orinar?Sí ¿Qué recursos utiliza cuando tiene infección de vias urinarias? Toma más agua o toma medicamentos que le recetan. ¿Usted suda? No.

¿Fecha de última menstruación? 30 abril ¿Cada cuánto menstrua? c/28 días.
¿Cuántos días dura su menstruación? 3 o 4 días. ¿Tiene dismenorrea? No
¿Tiene pérdidas intermenstruales? No. ¿Tiene flujo vaginal? si.
¿Qué características tiene? Blanco.

Explore:

Genitales externos limpios, sin datos de infección. Fondo uterino 20 cm.

4.-Movimiento y mantener buena postura:

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? Si. El edema de miembros inferiores. ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No, aunque al final del día, se encuentra muy cansada.

¿Tiene alguna dificultad para moverse en la cama? Sí, por el tamaño del abdomen. ¿Tiene alguna dificultad para levantarse? Sí ¿Tiene alguna dificultad para sentarse? Sí ¿Qué apoyos utiliza para desplazarse? Ninguno.

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No. ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? Parada ¿Cuántas horas al día pasa usted en esa posición? 8 horas ¿En algún momento del día tiene dolor óseos, musculares, articulaciones, contracturas o presencia de temblores? No.

¿En algún momento presenta movimientos involuntarios? No. ¿Ha sentido usted que le falta fuerza o que tiene debilidad muscular? No. ¿En el transcurso del día presenta edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo? Sí, edema y ardor. ¿En algún momento presenta mareos, pérdida del equilibrio o desorientación? No. ¿Realiza usted alguna actividad física? No
Explore: Tiene buena postura, su marcha es coordinada, articulaciones flexibles, buena resistencia y reflejos presentes, con presencia de edema maleolar.

5.- Descanso y sueño:

¿Usted descansa durante el día? No. ¿Cuántas horas duerme habitualmente? 8 horas ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? No.
¿Se despierta fácilmente? No. ¿Tiene sueño agitado? No.
¿Tiene pesadillas? No. ¿Se levanta durante la noche? Si. ¿Por

qué? Para ir al baño y por la urgencia para orinar ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? Si. ¿Acostumbra a tomar siesta? No. ¿Cuáles son sus hábitos para conciliar el sueño? No tiene.

Explore:

Durante la entrevista presenta bostezos, se siente cansada, sin ganas de hacer nada.

6.- Vestido

¿Utiliza ropa adecuada a la hora del día? Sí. ¿Utiliza ropa adecuada para las actividades que realiza? Sí. ¿Utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo del frío? Sí. ¿Utiliza ropa adecuada cuando hace calor? Sí.

¿Utiliza ropa adecuada cuando llueve? Sí. ¿Utiliza ropa adecuada que permita la libertad de movimiento? Sí. ¿Utiliza ropa adecuada a su edad?

Sí. ¿Utiliza ropa adecuada que permita expresar sus sentimientos?

No. ¿La ropa que usa usted la elige? Si. ¿Es capaz de vestirse y desvestirse solo? Si. ¿Es capaz de elegir su ropa? Si.

Explore:

Se encuentra con ropa adecuada a su edad, genero y embarazo.

7.- Termorregulación

¿Presenta alteración de su temperatura? No. ¿Sabe como medirla? Sí con el termómetro digital, en axilar.

Explore:

Se toma temperatura, y presenta eutermia de 36.7

8.- Higiene

¿Con que frecuencia se baña? Diario. ¿Cada cuando lava su cabello? Diario.

¿Después del baño ¿el cambio de ropa es? Total. ¿Cada cuando se lava las manos? Después de ir al baño y antes de comer y hacer la comida

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies: cada semana.

Manos: cada semana. ¿Cuál es el aspecto de las uñas de pies y

manos? Limpias y cortas. ¿Cada cuando cepilla sus dientes? 1 o 2 veces por día. ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No.

¿Utiliza prótesis dental? No ¿Cuándo realizo la ultima visita al dentista? Hace más de un año. ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No.

Explore:

Piel y mucosas orales integra, dentadura completa, con alitosis, presencia de caries en muelas.

9.- Evitar peligros:

Esquema de inmunizaciones completo: Sí. Toxoide diftérico No
Toxoide tetánico: Sí. Hepatitis: Sí. Neumococcica No
Influenza: Sí. Rubéola Sarampión: Sí..
Revisiones periodicas en el último año: 2 Autoexploración mamaria:
Sí. Negativo Mamografía: No. Papanicolau: Sí. Negativo.
Protección contra infecciones de transmisión sexual: Sí.. Condón
Seguimiento del plan terapéutico prescrito? Sí. Automedicación: No
¿Consumo de drogas de uso no médico? : No Uso de medidas de seguridad? Cinturón de seguridad: Sí. Uso de pasamanos Si
Uso de lentes de protección: : No, los utiliza. Aparatos protectores para la audición: : No Bastón: : No Percepción de su imagen corporal:
¿Cómo se ve, como se siente físicamente? Se siente un poco pasada de peso, pero comenta que después del embarazo adelgazara. ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Si. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? Si. ¿cuenta con las medidas de seguridad? En el trabajo si
¿Las utiliza? Si Casa: : No ¿Percibe algún tipo de sufrimiento? : No.

10.- Comunicación:

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? : No ¿Afectación verbal?: No

Tipo de carácter: Optimista y Realista. ¿Tiene dificultades para? Comprender:
: No Aprender: No Concentrarse: No Lectoescritura: No
Elementos socioculturales que afectan su comunicación: Lenguaje y
modelos de expresión: No Costumbres y expectativas: No Relación
de pareja: No
Explore:
Lenguaje verbal coherente, alegre, entusiasta.

11.- Creencias y sus valores:

¿Qué es importante para usted en la vida? La familia, la salud, el bienestar
económico. Además de este valor que otras cosas son importantes: el
respeto, la sinceridad, la lealtad. ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas
desconocidas. Ejemplo en casos de desastre: si es necesario que todos apoyen.

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? Si.

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida que le ayuden a enfrentar su
situación actual? : No

Explore:

Lee con frecuencia: Si

Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros. Si.

Prácticas de oración y rezos: No

Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo? : No

Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de sus creencias:
No

Solicita la presencia de sacerdote, pastor u otro guía espiritual: No

12.- Trabajar y realización.

¿Trabaja actualmente? Si ¿Es estudiante? : No ¿Tiene una ocupación
no remunerada? : No ¿Es desempleado? : No ¿Esta jubilado o
pensionado? : No ¿Tiene alguna incapacidad? : No ¿Su
incapacidad es temporal? : si ¿Qué tipo de incapacidad tiene? Por el
momento el embarazo. ¿Considera que tiene algún tipo de dependencia? : No

¿cómo considera su estado emocional? Excelente ¿Cómo considera su integración social? Excelente ¿Cómo considera su integración familiar? Excelente ¿Es capaz de realizar actividad normal? Si ¿Puede trabajar? Si, me dan las facilidades para descansar. ¿Necesita algún cuidado especial? Descanso. ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? ¿Cómo considera su integración social? Excelente
¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No.
¿Con que frecuencia logra cumplir sus metas que se propone? Casi siempre.
¿A que lo atribuye? Me esfuerzo para lograrlo.
¿Cuáles son sus metas de vida? Familia, la salud, lo económico.

Explore:

Realista, entusiasta.

13.- Recreación:

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? siempre.
¿A que atribuye usted su estado de ánimo? Tengo una buena relación con mi pareja y familia. ¿Qué actividades recreativas acostumbran realizar usted para divertirse? Cine y teatro: si lectura: Si TV: Si Música: si Baile: si Fiestas: si Reuniones familiares y con amistades: si
¿Con que frecuencia tiene usted cambios bruscos de ánimo? Casi nunca, solo un poco al principio del embarazo. ¿Le han diagnosticado a usted algún síndrome depresivo? No.

14.- Aprendizaje:

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Sí
¿Por qué? Porque cada día hay algo que aprender para ser mejores. .
¿Cómo considera Usted que es su capacidad de aprender? Casi no me cuesta trabajo ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura XX Sus semejantes XX Televisión XX Radio XX ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Sí ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Sí

Explore: (expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender , estado de receptividad): La Sra. Angeles es optimista, pero comenta que le hace falta tiempo, para seguir aprendiendo, aunque considera que por el momento se encuentra feliz por lo que sabe. .

Observación: Aparentemente se encuentra satisfecha, pero con deseos de continuar aprendiendo. .