



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PACIENTE EMBARAZADA CON
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO RELACIONADO
CON INCAPACIDAD PARA DIGERIR O ABSORBER
LOS NUTRIENTES, MANIFESTADO POR PERDIDA DE PESO.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LETICIA GARCIA MARTÍNEZ
No. CUENTA: 405116920

ASESORA:

C. a. M. AURORA GARCÍA PIÑA



TOLUCA, MÉXICO

AGOSTO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la vida, fuerza y sabiduría.

AL AMOR DE MI VIDA:

JUAN MANUEL por su amor, paciencia y todo su apoyo en los momentos más difíciles.

A XIMENITA Y PATY:

Mis amadas y queridas hijas que me brindan su comprensión para mi superación personal las cuales me dan fuerza para seguir adelante.

A MIS PADRES:

apoyo

JUVENCIO Y ESPERANZA por el incondicional que me han brindado en el transcurso de mi vida. Mil gracias.

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS:

Por darme todo su apoyo y fortaleza para seguir adelante.

A MIS AMIGAS:

Por brindarme todo su apoyo, impulsándome a seguir adelante y estar conmigo en los momentos más difíciles.

A MI ASESORA:

C. a. M. AURORA GARCIA PIÑA.

Por compartir conmigo sus conocimientos y su tiempo le doy las más infinitas gracias

INDICE

	<i>Página</i>
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- OBJETIVOS.....	6
3.- METODOLOGIA.....	7
4.- MARCO TEORICO.....	9
4.1 Historia de enfermería.....	9
4.2 Concepto de enfermería.....	10
4.3 Modelo de Virginia Henderson.....	11
4.4 Definición del proceso atención de enfermería y sus etapas.....	14
4.5 Etapas del proceso de enfermería.....	17
4.5.1 Valoración.....	17
4.5.2 Diagnóstico de enfermería.....	17
4.5.3 Planeación.....	19
4.5.4 Ejecución.....	20
4.5.5 Evaluación.....	20
5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	22
5.1 Presentación del caso.....	22
5.2 Desarrollo de las etapas del proceso atención de enfermería.....	25
6.- CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA.....	41
7.- CONCLUSIONES.....	44
8.- SUGERENCIAS.....	46
9.- BIBLIOGRAFIA.....	47

10.- ANEXOS.....	49
10.1 ANEXO 1- FII VALORACIÓN CLINICA DE ENFERMERÍA.....	50
10.2 ANEXO 2- HIPEREMESIS GRÁVIDICA.....	59
10.3 ANEXO 3- PLAN DE ALTA.....	65

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería en la actualidad requiere de conocimientos y habilidades para responder a las necesidades y problemas de salud que presenta la persona, pero también requiere de un modelo teórico como el de VIRGINIA HENDERSON para dirigir el cuidado y favorecer la independencia de la persona.

El proceso de enfermería puede utilizarse como herramienta de trabajo con una persona, familia y comunidad. Los elementos indispensables del proceso son: planeación, centrado en la persona orientado a buscar soluciones y dirigido hacia una meta u objetivo.

El presente trabajo, se llevo a cabo con una adolescente, llamada E. (por motivos de identidad) con el propósito de brindarle ayuda para satisfacer sus 14 necesidades, físicas y espirituales; aplicando el modelo de Virginia Henderson, que define a la persona como un ser humano único y complejo, que necesita satisfacer sus 14 necesidades básicas, para su desarrollo, crecimiento físico y moral para mantener su salud, y adquirir su independencia.

Fue necesario planear objetivos que sirvieron de guía para tener una visión más concreta de lo que se pretende obtener en la realización del mismo, en la metodología se describe cómo se llevó a cabo la elaboración de este proyecto.

En la aplicación del proceso de enfermería se presenta la ficha de identificación, presentación del caso y la valoración de las necesidades básicas, donde se establecen los diagnósticos, teniendo como referencia los editados por la NANDA.¹

Para la obtención de datos se utilizo el formato de obstetricia “valoración clínica de enfermería F11”, el cual sirvió de gran apoyo para la recopilación de datos. (Anexo 1).

¹ North American Nursin Diagnosis Asociación en adelante.

En las conclusiones se hace mención de los objetivos alcanzados, así mismo la experiencia profesional que adquirí durante la aplicación del proceso de enfermería.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en la aplicación del Proceso Atención Enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Adquirir habilidad en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- ❖ Realizar el proceso de enfermería en una situación real, identificar, diagnosticar, planear, ejecutar, y evaluar el grado de dependencia de la persona con las 14 necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson.
- ❖ Fomentar en la persona la independencia en la satisfacción de sus necesidades.
- ❖ Presentar un Proceso Atención de Enfermería que sirva como opción para presentar el examen profesional y así obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

3. METODOLOGIA

El presente proceso de enfermería se elige como opción de titulación, para lo cual fue necesario; en primer lugar realizar una revisión bibliográfica del modelo de Virginia Henderson y el proceso de enfermería.

Después de observar a varias personas en el área de obstetricia del HOSPITAL GENERAL TOLUCA DR. NICOLAS SAN JUAN. DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO. Elegí a E para su valoración se aplicó una entrevista en el área de consulta externa basándose en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, construyendo los diagnósticos de enfermería y planeando actividades con los siguientes recursos, posteriormente se realizaron 4 visitas domiciliarias pasándole Videos: “como etapas del embarazo, cuidados del embarazo, cuidados en el hogar, alimentación y ejercicios de relajación en un horario variable.” con duración de 20 minutos cada uno para esto fue necesario una televisión y un reproductor de DVD. Sábados en su domicilio explicando dudas dando algunas recomendaciones ya que mi objetivo es ayudar a E. como responsable de cuidar su salud y la de su bebe.

La Valoración y el diagnóstico: Se realizó por medio de la observación e interrogatorio se recopilaron datos utilizando el formato de obstetricia “valoración clínica de enfermería F11” y así mismo se analizó el grado de independencia / dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades. Para su valoración fue necesario acudir a su domicilio en dos ocasiones y sesiones en el hospital cuando acudía a consulta, para el diagnóstico de enfermería se utilizó la bibliografía de (NANDA).

En la planificación y ejecución: Realicé la formulación de los objetivos encaminados a la independencia, con base a su problema o causa de dificultad detectados en la valoración y posteriormente se planeó la intervención de enfermería.

La Evaluación a manera de conclusión se logro que E. alcanzará sus criterios de independencia y cumpliendo sus objetivos particulares de aprendizaje.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.

Según Hernández Conesa Juana la enfermería como profesión ha venido practicándose desde hace más de un siglo y sus teorías han experimentado rapidez en su evolución. La profesión de enfermería ha evolucionando durante siglos antes de la era cristiana (1550 d.c.) Eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar. Más tarde las órdenes monásticas se ocuparon de esta actividad.¹

La primera orden de enfermeras las Hermanas Agustinas se fundó en la edad media. Esta fue probablemente la primera organización permanente sanitaria que se creó para el servicio público.

Antes de la Reforma protestante del siglo XVI los hospitales se organizaban bajo la dirección de la Iglesia católica, a partir de la Reforma a principios de 1517, el interés por la Iglesia y la religión disminuyó en gran medida.

Está llegó de mano de una enfermera Itálica Florence Nightingale durante la guerra de Crimea (1854-1856). Los esfuerzos de Florence lograron que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión respetada. Ella luchó por la limpieza y comodidad de los hospitales, enseñó al pueblo a tomar medidas sanitarias y evitar en lo posible las enfermedades provocadas por las condiciones insalubres de las ciudades. Nightingale creía en la prevención y las necesidades de un ambiente fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que la persona cuidara de sí mismo.²

En nuestro país, podemos reconocer un periodo de transición prolongada para logra la profesionalización de enfermería, entendiéndose ésta como el proceso que nos permitirá presentar a la sociedad la organización en virtud de asegurar

¹ Hernández, J. Historia de la Enfermería. p. 115-116

² Op. Cit. Hernández, J. p. 134

que toda persona identificada como enfermera(o), tenga los conocimientos, capacidades y cualidades para desempeñar un servicio profesional de calidad.

Por tal motivo es función de la enfermera el desempeñar su labor de tal manera que ayuden a la persona a recuperar su independencia lo más pronto posible.

Considero que la enfermería es una profesión que otorga cuidados de calidad; sin olvidar, el estado emocional del individuo sano o enfermo basado en el método teórico práctico, identificar oportunamente factores de riesgo; así como dar una atención oportuna para evitar posibles complicaciones.

4.2 CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

La definición más antigua de la enfermería fue la de Florencia Nightingale en 1859, dice que la enfermería tiene (La responsabilidad de cuidar la salud de las personas; y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella).³

La enfermería es el “conjunto de actividades profesionales con conocimientos científicos, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover, mantener o restaurar un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo, su familia y la sociedad”.⁴

En 1961 Virginia Henderson describe la definición de la Enfermería a nivel internacional, como la asistencia al individuo, enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorece la salud o la recuperación de la misma (o una muerte en paz), tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimiento necesarios.⁵

Considero que Enfermería es una profesión que desarrolla un conjunto de actividades que deben llevarse a cabo más allá de la realización de actividades

³ García, C. Historia de la enfermería, p. 178

⁴ Manual de Procedimientos de Enfermería de la Secretaria de la Defensa Nacional, 1991. p.3

⁵ Iyer, P. Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería, 1987 p.2

técnicas y procedimientos, brindando cuidados de calidad, sin dejar de mencionar el estado emocional del individuo, brindando cuidados fundamentados e intelectuales, se debe analizar y responder a cada una de las necesidades particulares de cada persona, y detectar factores de riesgo para brindar una atención oportuna evitando posibles complicaciones.

4.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Esta teórica nació de 1892 en Kansas (Missouri), inicia su carrera profesional en 1921 especializándose como enfermera docente, iniciando como tal en 1922.

Virginia Henderson después de haber laborado como docente e investigadora da a conocer la definición propia de la enfermera de la siguiente manera la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen en la salud o a su recuperación.⁶

Desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.⁷

La Enfermera tiene la función de que los cuidados básicos consisten en atender al individuo (enfermo o sano) en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o su restablecimiento para evitarle padecimientos en la hora de su muerte; igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápido posible.

⁶ Fernández, C. El proceso de atención de enfermería y el modelo de Virgínea Herdenson. p.4

⁷Tapia, M., Guía de práctica Clínica. consultado el 7 de febrero 2009 a las 18 horas.

<http://www.hospitalxagorritxv.org/cas/info/webfarmacia-datos.htm>.

Los elementos más importantes del modelo son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener o recuperar la salud o alcanzar la muerte tranquila.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermos” y esferas en las que se desarrollan los ciudadanos.

La Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son la persona, la salud, el cuidado y el entorno.

- **LA PERSONA:** Es un ser integral único, con componentes biológicos, Psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tienden al máximo desarrollo de su potencial.⁸

La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades propias, así como sus capacidades y potencialidades, las cuales deben tomarse en cuenta como punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y la comunidad.

Necesidades básicas.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

⁸ Op. Cit, Fernández, C. p.4

7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

- **LA SALUD:** Es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

- **EL CUIDADO:** Es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

- **EL ENTORNO:** Virginia Henderson en su modelo no incluye un concepto en sí del entorno específico, pero analizando el modelo de Henderson menciona en forma implícita la importancia de los aspectos socio culturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes factores ambientales), para la valoración de las necesidades y la planificación de las intervenciones. El análisis de estos aspectos está contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y los factores que las influyen.⁹

⁹ Op. Cit. Fernández, C. p. 9

4.4 DEFINICIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS.

El proceso atención de enfermería, es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.¹⁰

El proceso de enfermería consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, en los cuales la enfermera realiza intervenciones intencionadas, pensadas para maximizar los resultados a largo plazo; se caracteriza por su humanismo, ya que desarrolla y se pone en práctica, de tal manera que su interés e ideales únicos de la persona.

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

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO.

- **MÉTODO:**

Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

- **SISTEMÁTICO:**

Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

¹⁰ Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería, p. 16

- **HUMANISTA:**

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

- **INTENCIONADO:**

Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir las facciones de riesgo, valorando los recursos capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o)

- **DINÁMICO:**

Por estar sometido a contantes cambios que obedecen a la naturaleza del hombre.

- **FLEXIBLE:**

Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

- **INTERACTIVO:**

Por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes.¹¹

A manera de conclusión el proceso de enfermería representa un plan terapéutico, que se puede emplear, para tratar a la persona como un todo (es decir, el paciente es un individuo único que responde a su entorno y estado de

¹¹ Rodríguez, B. Proceso Enfermero, avances científicos. p.29

salud de una forma particular y que precisará acciones de enfermería adaptadas específicamente a él, no solo a su enfermedad).

Pensar en la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil, la habilidad normal de una persona para cuidar de sí misma (auto cuidado) puede verse disminuida por la enfermedad, su tratamiento o por la edad, estando también implicado el funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, cubrir las necesidades puede implicar el uso de conocimientos científicos complejos, aplicaciones tecnológicas y habilidad en las relaciones humanas, ninguna situación de enfermería es sencilla como parece y no siempre es fácil una toma de decisiones inteligente y una ejecución planificada, de tal forma que el proceso atención de enfermería nos proporciona ventajas:

VENTAJAS DEL USO DEL MÉTODO PARA LA ENFERMERA:

- Produce satisfacción en el trabajo.
- Promueve el crecimiento profesional.
- Mejora su calidad de atención.
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la práctica.
- Puede servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación.¹²

VENTAJAS PARA EL PACIENTE:

- Mejora en la calidad de atención.
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería.
- Participación en su auto cuidado.
- Continuidad en su atención.

¹² Cárdenas, M. Conceptualización de la enfermería. p. 68

4.5 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

4.5.1 VALORACIÓN.

Es la primera etapa del proceso atención de enfermería, consiste en la recopilación y organización de datos. Orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuales son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propia y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado oportunamente por otro profesional.¹³

En esta etapa se determina:

- El grado de independencia /dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.¹⁴

4.5.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (O).

Es la segunda etapa de proceso atención enfermería, durante la cual se analizan los datos de la valoración.

En esta etapa del proceso atención de enfermería se define como un problema real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras (os)

¹³ Op. Cit. Rodríguez, B. p.32

¹⁴ Op. Cit. Fernández, C. p.9

pueden tratar en forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesaria para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.¹⁵

Después de la recopilación y análisis de datos se detectaron problemas de salud importantes, en la cual obtuve un diagnóstico que llevo a concluir que los problemas identificados son a partir de la valoración como enfermera.

BASES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO.

a). Diagnóstico real:

Cuando se realiza un diagnóstico real se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiqueta o factor relacionado contribuyente o manifestado por las características definitorias mayores y lo menores observadas.¹⁶

b). Diagnóstico potencial:

La forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra “potencial” y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.¹⁷

c). Diagnóstico posible.

La forma correcta de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra “posible” y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.¹⁸

¹⁵ Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. p. 59

¹⁶ Op. Cit. Fernández, C. p.45

¹⁷ Op. Cit. Fernández, C. p. 45

¹⁸ Op. Cit. Fernández, C. p. 46

VENTAJAS EN LA REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- a).**- Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada.
- b).**- Facilita la comunicación profesional.
- c).**- Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención.
- d).**- Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

4.5.3 PLANEACIÓN.

Es la tercera etapa del proceso enfermero consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.

Los objetivos de los diagnósticos de enfermería (o) son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería.

- **Fijación de prioridades.**

Al brindar cuidados de enfermería al individuo, familia o grupos, se debe observar los problemas con relación a la independencia se pueden abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

- **Formulación de objetivos.**

Se deben fijarse como metas a alcanzar por el paciente / usuario y reflejan el resultado esperado, en términos de nivel de desarrollo del potencial para lograr la independencia, tras la realización de intervenciones y actividades.

La determinación de intervenciones y actividades: Se deben conservar con el usuario / familia y variaran en función del tipo de problemas de que se trate.

4.5.4 EJECUCIÓN.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir sus objetivos planeados.¹⁹

Es la puesta en práctica del plan de cuidados y donde la enfermería presta sus servicios consta de preparación, realización y registro de actuación y resultados.

Debe dar todo el protagonismo a la persona/ familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adaptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planteadas.

4.5.5 EVALUACIÓN.

Es la quinta y última etapa de proceso enfermero.

Es durante esta fase cuando determinará como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería.

El modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible.²⁰

En esta etapa de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logros de los objetivos propuestos consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.

¹⁹ Op. Cit, Rodríguez, B. p.89.

²⁰ Op. Cit, Fernández, C. p.10

- **El proceso de evaluación tiene dos etapas:**

1.- Recogida de datos sobre el estado de salud del paciente.

2.- Comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y juicio sobre la evaluación del paciente hacia la conservación de los resultados esperados.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: E.K.Z.T

EDAD: 18 AÑOS.

SEXO: FEMENINO.

NACIONALIDAD: MEXICANA.

FECHA DE NACIMIENTO: 18 DE FEBRERO DE 1990.

OCUPACIÓN: AMA DE CASA.

ESCOLARIDAD: CARRERA TÉCNICA.

RELIGIÓN: CATOLICA.

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN MATEO OTZACATIPAN MUNICIPIO DE TOLUCA
EDO. DE MÉXICO.

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE.

PESO ACTUAL: 41 KG.

TALLA: 1.58CM.

DOMICILIO: BUCARELI NO. 8 SAN MATEO OTZACATIPAN.

FUENTE DE INFORMACIÓN: DIRECTA POR ENTREVISTA ABIERTA A LA PERSONA.

DATOS PERSONALES Y FAMILIARES: Se trata de una persona joven adolescente de 18 años de edad, sexo femenino, con peso antes del embarazo de 46kg, talla 1.54cm, ocupación ama de casa, escolaridad carrera técnica, religión católica, estado civil unión libre desde hace 2 meses, vive en casa prestada (la comparte con suegra y dos cuñados con esposa e hijos cada uno de meses de edad). La cual cuenta con todos los servicios.

Madre viva aparentemente sana, padre finado por accidente automovilístico. Con su nueva familia hay poca comunicación.

Físicamente presenta coloración ictérico con tendencia de palidez facial de tegumentos, mucosas secas, campos pulmonares limpios aunque ella presenta frecuentemente tos con flema y falta de oxígeno al caminar acompañado de dolor tórax.

DENTRO DE LOS ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

Menarca se presenta a los 12 años, con ritmo de 30 por 4 días, dismenorrea no incapacitante, inicia vida sexual activa (IVSA) a los 17 años de edad con un solo compañero, Gesta I, nunca utilizo métodos de planificación familiar su FUM (FECHA DE ULTIMA MESTRUACIÓN), fue el 18 de septiembre del 2009. Dice que no acudió antes a consulta porque estaba insegura de estar embarazada y por temor a que su mamá se enterara, pero acudió por tener problemas de salud, vómitos muy frecuentes siendo de 6 a 10 veces en 24 horas, provocándole deshidratación, pérdida de peso hasta 5 kg. En un mes, el crecimiento abdominal lo notó a partir del mes de enero, refiere que en la semana 18 presentó sangrado leve acudiendo al servicio de urgencias del HOSPITAL GENERAL TOLUCA DR. NICOLAS SAN JUAN. DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO. En la 21.3 semanas de gestación (SDG) por FUM presentó amenazada de parto prematuro, refiere dolor de tipo obstétrico de 12 horas de evolución; así como, sangrado transvaginal, con adecuada motilidad fetal, presentó leucorrea de 20 días de evolución. A la exploración física se encuentra

angustiada, palidez de tegumentos ojos hundidos, turgencia de la piel deficiente, mucosas orales secas, abdomen blando sin megaleas, útero aumentado, miembros inferiores con un poco de edema teniendo un llenado capilar de 3", piel seca, frecuencia fetal de 136x'.

Actualmente, refiere sentirse bien, come bien, en su comida incluye frutas y verduras todos los días, leche, carne 2 veces por semana, toma muy poca cantidad de agua aproximadamente ½ litro por temor a continuar con el vómito.

Me intereso el caso de la señora E porque cuando ingreso al hospital al servicio de admisión del servicio de Tococirugía observe que presenta problemas de salud que impiden satisfacer sus 14 necesidades básicas de VIRGINIA HENDERSON y factores de riesgo para ella y su producto.

5.2 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: La Sra. E. respira con dificultad, con dolor torácico con frecuencia respiratorias de 28x' piel seca y color pálido. con signos vitales de T/A 100/60, temperatura 35.6 grados centígrados.

DATOS DEPENDENCIA: Necesita de ayuda de administración de oxígeno que le ayude a respirar adecuadamente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad relacionado con disminución de energía o fatiga.

PLANEACIÓN:

OBJETIVO. Se lograra que la persona tenga una respiración normal.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Toma y registro de signos vitales.
- Proporcionar oxígeno. (puntas nasales).
- Enseñanza a la embarazada de posición semifowler.
- Reposo en cama.
- Enseñarle como respirar adecuadamente. (respiración abdominal).
- Evitar fatiga.
- Toma y registro de la frecuencia fetal.
- Sugerir estancias en lugares ventilados.

- Orientar a la señora E. sobre técnicas de relajación y ejercicios respiratorios.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO:

“Todas las células del organismo requieren de la administración continua de oxígeno”¹

EVALUACIÓN:

La señora E. comprendió lo importante de asistir al hospital para su recuperación aplicándole oxígeno recuperándose satisfactoriamente y lo importante que es caminar despacio y respirar correctamente logrando así su independencia.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: La señora E. ingiere alimentos en poca cantidad por si sola de preferencia de consistencia seca, fraccionada en quintos y líquidos a tolerancia de preferencia agua natural. Todo lo anterior desde hace 4 meses, cabe mencionar que antes de embarazarse su alimentación era la adecuada en cantidad y calidad consumiendo frutas, verduras, leguminosas y proteínas.

DATOS DE DEPENDENCIA: Refiere que tiene miedo de comer ya que puede presentar vómito, ya que con las grasas y el agua azucarada le provocan, náuseas y en la mayoría de las veces vómito, consume frutas y verduras en la mayoría de las veces, aproximadamente toma ½ litro de agua diariamente, se observa pálida y piel seca.

¹ Nordmark, M., Rohweder, A. Bases científicas de Enfermería, p.86

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Vómito relacionado con el consumo de líquidos manifestado por deshidratación.
- Alto riesgo de nutrición por defecto relacionado con sintomatología neurovegetativa manifestado por vómito y náuseas persistentes.

PLANEACIÓN:

- **OBJETIVO:** E. mejorara y equilibrara su nutrición de acuerdo a sus necesidades.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Hidratarla por vía intravenosa (con solución fisiológica al 0.9% 3000ml en 24 horas).
- Toma y registro de signos vitales.
- Toma y registro de peso.
- Concientizar a la señora E. de la importancia de ingerir líquidos de preferencia agua natural o té de hoja o fruto sin azúcar mínimo 2 litros y $\frac{1}{2}$ de agua durante el día.
- Orientar sobre los signos y síntomas de deshidratación. (Piel seca, ojos hundidos, mucosas secas).
- Control estricto de líquidos.
- Se le da información nutricional de acuerdo a sus posibilidades económicas y se le explica la importancia de la buena nutrición durante el embarazo.
- Indicarle dividir sus comidas en quintos y de consistencia secos.

- Que conozca los alimentos que puede incluir en su dieta para ganar peso.
- Proporcionar una dieta rica en hierro e indicándole que alimentos lo contiene y así los pueda consumir en su hogar.
- Consumir alimentos ricos en carbohidratos (galletas saladas en ayunas).
- Indicar tomar líquidos, comer y masticar.
- Comer aperitivos entre comidas.
- Motivar a la paciente a pesarse una vez a la semana.
- Toma y registro de frecuencia fetal.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO. “Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.”²

- “Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua”.³
- “Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de ciertos electrolitos para funcionar eficazmente”.⁴

EVALUACIÓN:

- Después de un mes E. refiere haber seguido las indicaciones y notado mejoría importante ya que consumió una dieta equilibrada y lo que apetecía.
- La señora E. comprendió la importancia de consumir líquidos.

² Op. Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p. 128

³ Op. Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p. 188

⁴ Op. Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p. 216

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

VALORACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Eliminación intestinal 1 a 2 veces en 24 horas. Presentando abdomen blando, depresible, con ruidos peristálticos presentes.

- Eliminación urinaria de 2 a 3 veces al día, E. refiere que orina de 6 a 10 veces al día en poca cantidad aunque toma poco agua y que en ocasiones presenta un poco de dolor con Giordano (+).

DATOS DE DEPENDENCIA:

-La eliminación intestinal es inadecuada ya que E. evacua 1 vez en 24 horas a partir de estar embarazada.

- Eliminación vesical es de 3 a 10 veces al día en pequeñas cantidades.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la eliminación urinaria relacionados por infección del tracto urinario manifestado por disuria.

-Estreñimiento relacionado con la baja ingesta de líquidos y fibra manifestado por evacuaciones un poco duras y escasas.

PLANEACIÓN:

OBJETIVOS:

- Lograr que desaparezca la sintomatología que tiene al orinar en un plazo mínimo de 72 horas.
- Lograr que su eliminación intestinal sea adecuada al ingerir líquidos y fibra.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Toma y registro de signos vitales.
- Cuantificación estricta de líquidos.

- Informarle de la importancia de tomar líquidos .
- Explicarle a la paciente las causas de miccionar frecuentemente.
- Determinar si existen causas agudas para el problema (infección de vías urinarias).
- Recordarle que la ingesta de líquidos (agua natural o té de hoja o fruto. de consistencia amarillas.
- Sugerir a la paciente disminución de café, refresco de cola.
- Dar medicamentos indicados.
- Informarle cuales son los alimentos ricos en fibra.
- Informarle que la caminata favorece la eliminación.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO. “Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal; que se elimine la orina, y que las sustancias tóxicas que se forman en el organismo se destoxifiquen o se eliminen”⁵

EVALUACIÓN:

- E manifiesta sentirse mejor ya que ha podido evacuar de 2 a 3 veces al día.
- Manifiesta sentirse muy tranquila ante la disminución del número de micciones y conocer las causas que provocaron y además esta consiente de la importancia que tiene el tomar líquidos.

⁵ Op. Cit. Nordmark, M., Rohweser, A. p.243

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: Puede moverse por sí sola, y se levanta temprano a las 7 de la mañana, realizando sus labores del hogar ocasionándole por las tardes mucho cansancio.

DATOS DE DEPENDENCIA: Necesita de ayuda cuando se siente cansada, toma un descanso por la tarde aproximadamente de una hora. Cuando se siente cansada le pide de favor a su esposo que le ayude.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Fatiga relacionado con el embarazo y malestar físico manifestado por incapacidad para mantener las actividades habituales.

PLANEACIÓN:

OBJETIVO: E. utilizará la mecánica corporal correctamente para evitar lesiones de columna vertebral.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Realizar ejercicios y movimientos adecuados utilizando su mecánica corporal.
- Usar zapatos apropiados de suela corrida.
- No cargar cosas pesadas.
- Posición en decúbito lateral izquierda para dormir.
- Explicarle que el ejercicio controlado le ayudara a mejorar su circulación.
- Proporcionar masajes en forma circular con el uso de aceites relajantes.
- Se le enseñó la forma correcta de respirar.
- Involucrar a su pareja en las actividades del hogar.

FUNDACIÓN CIENTÍFICA: “Ciertos huesos, músculos y líquidos corporales sirven para proteger y para brindar soporte a los tejidos blandos y subyacentes.”⁶

EVALUACIÓN: Se logró que E. lograra un mejor descanso aprendiendo correctamente la mecánica corporal.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

VALORACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Duerme aproximadamente 8 horas diariamente 10 p.m a 6 a.m por las noches, pero despierta por las noches el cual le es difícil conciliar el sueño nuevamente durante el día no descansa ya que tiene que realizar varias actividades y además hace mención que nunca le ha gustado dormir durante el día “Ella dice que se siente angustiada por la forma que se presento su embarazo ya que su mamá se molesto mucho con ella y se siente estresada por su estado de salud”.

DATOS DE DEPENDENCIA: Su necesidad de sueño se encuentra alterada ya que tiene dificultad para dormir.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Insomnio relacionado con la ansiedad y temor manifestado por la dificultad para conciliar el sueño.

PLANEACIÓN:

OBJETIVO:

- Disminuirá sus trastornos de sueño al cabo de dos semanas.
- Disminuirá su temor, ansiedad y estrés en dos semanas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Escuchar música de relajación.

⁶ Op. Cit, Nordmark, M., Rohweser, A. p.353

- Terapia recreativa (tejer, leer, escuchar música de relajación).
- Explicarle al esposo como dar masajes.
- Establece comunicación con su mamá a través de un buen diálogo explicándole sus razones.
- Tener más comunicación con familiares (mamá, hermanos y su nueva familia).
- Se proporciona película de relajación en el embarazo. (psicoprofilaxis).
- Realizar ejercicios acorde a su embarazo.
- Se proporciona películas de las etapas del embarazo y cuidados al recién nacido.
- Explicarle de forma clara y sencilla todo el proceso y los cambios que se presentaron durante el embarazo dándole seguridad y confianza para que sea capaz de auto cuidarse.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO: “Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecerse”.⁷

EVALUACIÓN:

Después de dos semanas se logró que E. duerma sus 8 horas, sin despertar por las noches, así mismo ha disminuido el estrés y temor, se logro tener comunicación con la mamá y ahora se siente muy querida por su familia. Ya que le brindan todo su apoyo y amor que ella ha necesitado.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: Esta necesidad se encuentra cubierta ya que la señora E. tiene la capacidad de vestirse y desnudarse sola.

⁷ Op. Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p.303

DATOS DE DEPENDENCIA: Esta necesidad no se encuentra alterada.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

VALORACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA. Le cuesta un poco adaptarse a los cambios de temperatura ya que la región generalmente siempre es fría, usa ropa poco apropiada al clima de la región, en este momento ella presenta hipotermia 35.5 grados centígrados.

DATOS DE DEPENDENCIA: En este momento manifiesta frío porque la temperatura es baja a la sombra.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del sistema regulador de la temperatura relacionado con ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.

- Hipotermia relacionada con la exposición al frío manifestado por la reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales.

PLANEACIÓN:

OBJETIVO: En una hora se logró aumentar la temperatura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Toma y registro de signos vitales.
- Control térmico (ropa adecuada, colocando cobertores y administrando bebidas tibias).
- Toma de temperatura cada 15 minutos.
- Vigilancia estrecha.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO: “Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada”⁸

EVALUACIÓN: Con los cuidados de enfermería aplicados en la señora E se logro termo regular dejándola con una temperatura de 36.5 grados centígrados.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: Su baño es diario preferentemente después de terminar sus labores domésticas, lavado de manos antes de comer y después de evacuar.

DATOS DE DEPENDENCIA: Su piel se observa con resequedad, sin lubricación y de aspecto áspero.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la piel relacionados con la hipotermia manifestado por la resequedad de la piel.

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado por la baja ingesta de líquidos y lubricación de la piel manifestado por resequedad.

PLANEACIÓN:

OBJETIVO: Lograr que comprenda la importancia que tiene lubricar su piel para evitar complicaciones.

⁸ Op. Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p. 291

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Consumir líquidos abundantes.
- Control estricto de líquido (invitándola a consumir agua).
- Lubricar la piel con crema o aceite.
- Enseñarle como debe lubricar su piel para evitar resequedad.
- Recomendar el uso de aceite de almendras dulces.
- Tener una nutrición adecuada.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO: “La piel y las mucosas sanas e íntegras con las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos”.⁹

EVALUACIÓN: E aprendió a lubricar su piel después de dos semanas utilizando aceite de almendras dulces para evitar la resequedad dando un aspecto hidratada y suave.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: En esta necesidad se encuentra cubierta ya que la señora E. conoce bien las medidas de prevención de accidentes, ante una urgencia, actúa insegura pero es determinante sus acciones.

DATOS DE DEPENDENCIA: En esta necesidad no se encontraron datos de dependencia.

⁹ Op. Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p.367

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

VALORACIÓN.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Vive en casa prestada con su pareja, suegra, 2 cuñados con sus esposas e hijos, con ellos mantiene poca comunicación por no tenerles mucha confianza.

DATOS DE DEPENDENCIA: Su preocupación es que su mamá se encuentra molesta con ella por la forma que se presentó su embarazo, además que su esposo gana muy poco sueldo, a ella le gustaría vivir sola con su pareja.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la comunicación verbal con la familia, relacionado con su estado emocional manifestado por la dificultad de expresar sus sentimientos.

PLANEACIÓN:

OBJETIVO: Lograr motivar a E. a tener más comunicación familiar y así integrarse con ellos y sentirse en confianza.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Apoyo psicológico.
- Platicar con ella y la familia.
- Resaltar la importancia de integrarse con la familia.
- Resaltar los valores personales y familiares para que poco a poco ella se integre a la familia.
- Invitar a terapias de pareja.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO: “El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga una media adecuada de comunicación con otros y para su expresión”¹⁰

¹⁰ Op. Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p.585

EVALUACIÓN: Se ha avanzado poco a poco que E. tenga más comunicación con cada uno de los integrantes de la familia y su mamá en este momento ella se siente más tranquila por conseguir el perdón de su mamá y además apoyada por ella y sus hermanos.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: Profesa la religión católica, sus principales valores para ella es el respeto, confianza honestidad. Viste de acuerdo a sus valores ya que su religión no la obliga a vestir con determinadas prendas. Le gusta leer la biblia católica.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se encontraron datos de dependencia en esta necesidad.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: No ha trabajado nunca fuera de su casa, actualmente se dedica al hogar, realizando actividades en su casa, lavando y planchando cada 3er día, refiere que desde muy pequeña ella realiza labores domésticas ya que su mamá trabaja.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se encontraron datos de dependencia.

NECESIDAD DE JUGAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: Su terapia recreativa es tejer, leer, ver televisión, le agrada caminar por las tardes, realiza el aseo de su hogar diariamente como entretenimiento, acude a la iglesia todos los domingos.

DATOS DE DEPENDENCIA: Al momento de la valoración no se observan datos que manifestara dependencia.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

VALORACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA: Tiene un poco de dificultad para expresar lo que siente

DATOS DE DEPENDENCIA: Los conocimientos que tiene del embarazo es deficiente ya que ella no sabe cómo cuidarse adecuadamente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Embarazo relacionado con historia de vida manifestado por temor y angustia.

PLANEACIÓN:

OBJETIVO: Lograr que aprenda a cuidarse durante el embarazo para que tenga un buen término.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Evaluar frecuentemente su evolución de su embarazo.
- Que aprenda todo lo referente a su embarazo.
- Dar a conocer datos de alarma de su embarazo.
- Insistir sobre su hidratación y nutrición.
- Explicar los riesgos del embarazo.
- Que este enterada de medidas preventivas para evitar complicaciones.
- Aclarar dudas que tenga la señora E.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO. “Para mantener el equilibrio psicológico se necesita que el individuo tenga una oportunidad para crecer y desarrollarse positivamente, para aprender en general y para lograr el comportamiento adecuado para solucionar problemas de adaptación en particular”.¹¹

EVALUACIÓN: Se logro que E. conociera e identificara oportunamente signos de alarma durante su embarazo.

¹¹ Op.Cit. Nordmark, M., Rohweder, A. p. 603

6.- CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.

Núm.	NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	CAUSAS DE DIFICULTAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
1	OXIGENACIÓN	Independiente	Administración de oxígeno.	- Falta de conocimiento. - Falta de fuerza.	Ansiedad relacionado con el estado de salud manifestado por agitación, angustia y dificultad para respirar.
2	NUTRICIÓN / HIDRATACIÓN	Dependiente	-Dieta rica en carbohidratos. -Problemas de hidratación.	Falta de conocimiento.	Alto riesgo de nutrición por defecto relacionado con sintomatología neurovegetativa manifestado por vómito y náuseas persistentes.
3	ELIMINACIÓN	Parcialmente dependiente	-Eliminación intestinal inadecuada. (estreñimiento). presenta dolor al orinar.	Falta de Conocimiento	-Deterioro de la eliminación urinaria relacionado por infección del tracto urinario manifestado por disuria. - Estreñimiento relacionado con la baja ingesta de líquidos.
4	TERMORREGULACIÓN	Independiente	-Manifestado por hipotermia.	Falta de fuerza	Hipotermia relacionado a la exposición al frío manifestado por la reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales.

5	MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.	Independiente	Necesita ayuda cuando se siente cansada.		Fatiga relacionada con el embarazo y malestar físico manifestado por incapacidad de mantener las actividades habituales.
6	DESCANSO Y SUEÑO.	Independiente	-Dificultad para dormir. - Despierta durante la noche y dificultad para conciliar el sueño.	Fuerza física.	Insomnio relacionado con la ansiedad y temor para conciliar el sueño.
7	USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.	Independiente			
8	HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL.	Parcialmente dependiente.	Piel seca.	Falta de conocimiento.	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado por la baja ingesta de líquidos y lubricación de la piel manifestado por resequedad.
9	EVITAR PELIGROS.	independiente			
10	COMUNICARSE	Parcialmente dependiente.	-Preocupación. -Poca comunicación familiar.	Falta de voluntad.	Deterioro de la comunicación verbal con la familia, relacionado con su estado emocional manifestado por la dificultad de expresar sus pensamientos verbalmente.
11	VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.	Independiente			

12	TRABAJAR Y REALIZARSE.	Independiente			
13	JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.	Independiente			
14	APRENDIZAJE	Dependiente	No conoce todo lo relacionado a su embarazo. Tiene dificultad para expresar lo que siente.	Falta de conocimiento.	Déficit de conocimiento relacionado con historia de vida, embarazo manifestado por temor y angustia.

7. CONCLUSIONES

El proceso enfermero es el conjunto sistemático de acciones para llevar a cabo por el personal de enfermería, para responder a las necesidades y problemas de salud que presenta la persona, pero también ofrece un modelo para aumentar la eficiencia asistencial y la satisfacción profesional. El uso del proceso de enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que ofrece, y la razón principal para el uso de este método es teniendo en evidencia un mayor grado de interacción entre la enfermera y la persona.

Se obtuvo información de diferentes referencias bibliográficas, las cuales sirvieron de gran apoyo para sostener las bases teóricas de la elaboración del proceso de enfermería dando aplicación con bases fundamentadas.

La primera impresión personal acerca del diagnóstico de enfermería es una solución simple y conveniente para algunos problemas profesionales de la enfermería. Misma que ha llevado a muchas enfermeras a utilizar los diagnósticos de enfermería, sin embargo, muchas no lo integran todavía a su práctica profesional.

A primera vista me pareció una forma muy eficaz y práctica para mejorar nuestro ejercicio profesional por medio del proceso de enfermería reduciendo los tiempos perdidos y siendo más certera en cada uno de los cuidados brindados a la persona integrándola a la sociedad y logrando su independencia, aunque al principio me pareció muy difícil ya que es algo que en el ejercicio profesional se aplica poco y no se plasma en el reporte.

Al desarrollar el proceso enfermero, adquirí conocimiento sobre el modelo de Virginia Henderson, y los tendré presentes durante la práctica profesional, en beneficio de la persona y su familia, así mismo podré compartir con las enfermeras en el ámbito laboral.

El presente proceso fue aplicado a una embarazada adolescente quien mejoro, sus hábitos alimenticios, disminuyó los vómitos, hidratándose y elevó su autoestima y por lo tanto modificó su estilo de vida y lo mejor es que su embarazo evoluciona favorablemente, después del tratamiento médico y los cuidados de enfermería. Posteriormente la paciente refiere sentirse mejor y se dio seguimiento en su domicilio y vía telefónica logrando su independencia de la persona.

Desde el punto de vista fue una experiencia importante, el realizar este proyecto con ella, ya que me di cuenta que para tener éxito en cuanto al manejo de la persona con problemas de salud es necesario conocer su padecimiento para que pueda llevar una vida normal y sin complicaciones.

A manera de conclusión ésta experiencia de aprendizaje, al realizar este proyecto solo debe considerarse a la persona de manera integral, sin embargo es necesario contar con equipo multidisciplinario para el logro de los objetivos planeados con la finalidad de llegar a un embarazo a término.

Cabe mencionar que no solo adquirí conocimientos sobre la temática, además la importancia de la relación humana con la persona cuidada, así como desarrollar destrezas en el manejo de la computadora, paquetería y navegación de internet.

8. SUGERENCIAS

La enfermería como profesión se da por las prácticas de atención al bienestar humano y social mediante la aplicación de conocimientos y habilidades científicas encaminadas al servicio de los enfermos pero sobre todo a la rehabilitación de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Por este motivo los cuidados de enfermería deben cumplir con las expectativas, pero ellos deberán ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como el proceso atención de enfermería. Utilizar a diario los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente, porque somos únicos y cada uno tiene sus necesidades de atención, con la persona, ayudarlo a recuperar su independencia.

Promover en las Instituciones de salud que el personal se mantenga actualizado en el proceso de enfermería y lo aplique como parte de su ejercicio profesional, para identificar cada una de sus necesidades de la persona y este puede ser aplicado en todos los niveles de atención.

Considero importante que se imparta un curso taller de proceso de enfermería en el SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA (SUA) previo a las prácticas hospitalarias de obstetricia.

Invitar a todo el personal de las diferentes Instituciones de salud (enfermeras auxiliares y generales) a integrarse a los programas de capacitación que ofrecen las instituciones como lo realiza la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por medio de la ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

9. BIBLIOGRAFIA.

- ❖ Alfaro, R. (1996). Aplicación del procedo de enfermería. (3ra. ed). Barcelona España: Ediciones Doyma.
- ❖ Brunner, L., (2000). Manual de la Enfermera. (4ta. ed.) México: McGraw-Hill interamericana.
- ❖ Cárdenas, M. (2000). Conceptualización de la enfermería. México: UNAM – ENEO
- ❖ Fernández, C. (1993). El proceso atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Barcelona: Ediciones Salvat.
- ❖ García, C., (2001). Historia de la enfermería. Madrid España: Ediciones Harcourt.
- ❖ Hernández, C (1995). Historia de la enfermería. España: Ediciones McGraw-Hill -interamericana.
- ❖ Iyer, P., Tepich, C., y Bernocchi, L. (1993). Proceso de enfermería y diagnostico de enfermería. México: McGraw-Hill interamericana.
- ❖ NANDA, I. (2007-2008). Diagnósticos enfermeros. Madrid España: Edición Elsevier.
- ❖ Nordmark, M., Rohweser A. (2006). Bases científica de la enfermería. (4ta. ed). E.U.A: Ediciones científicas.
- ❖ Ramírez, F. (2000). Obstetricia para la enfermera profesional. México: Manuel moderno.
- ❖ Rodríguez, B. (2000). Proceso enfermero, avances científicos. (2da. edición) Barcelona: Ediciones Cuellar.
- ❖ Secretaria de la Defensa Nacional, (1991). Manual de procedimientos de enfermería. México: S.D.N

- ❖ Tapia, M., Guía de práctica clínica. (Se consulto el 07 de Febrero 2009)
en <http://www.hospitalxagorritxv.org/cas/info/webfarmcia-datos.htm>
- ❖ Wieck, L., (1998). Signos Vitales en técnicas de enfermería. (3ra. ed)
México: McGraw- Hill Interamericana.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA (IAPP)**



Valoración de clínica de enfermería

ANEXO I F11

1.-DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: E.K.Z.T DOMICILIO: Rio Verdi gel s/n San Mateo Oztzacatipan Toluca edo. de México.
 EDAD: 18 años SEXO: Femenino NACIONALIDAD: Mexicana FECHA DE NACIMIENTO: 18 de Febrero 1990.
 OCUPACION: Hogar ESCOLARIDAD: Carrera técnica. RELIGIÓN: Católica
 LUGAR DE ORIGEN: San Mateo Oztzacatipan. ESTADO CIVIL: Unión libre
 FAMILIAR RESPONSABLE: Esposo

2. PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FISICO

Casa propia Rentada Prestada No. De habitaciones 4 habitaciones

Tipo de construcción: tabicon en obra negra Animales domésticos: perros y gatos

Características físicas (ventilación, iluminación, etc.) cuenta con 4 cuartos, una cocina y un baño con buena iluminación y ventilación

SERVICIOS SANITARIOS

Agua intradomiciliaria hidrante público otro pozo

ELIMINACION DE DESECHOS

Drenaje: si no fosa séptica: si no

Letrina si no

Control de basura. la basura por lo regular se deposita en carro recolector y en ocasiones se quema

VIAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación Colectivos Teléfono Carreteras

Metro Camiones Taxi Carro particular

RECURSOS PARA LA SALUD.

Centro de Salud IMSS ISSSTE Consultorio particular Otro

HABITOS HIGIENICOS-DIETETICOS

ASEO

Baño: (tipo y frecuencia) diario De manos (frecuencia) 3 veces al día

Bucal: (frecuencia) 1 vez al día

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) diario

ALIMENTACIÓN

<u>TIPO DE ALIMENTO</u>	<u>No. VECES A LA SEMANA</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
<u>CARNE</u>	<u>1 VEZ</u>	<u>Deficiencia de hierro y proteínas</u>
<u>VERDURAS</u>	<u>2 VECES</u>	<u>Falta de vitaminas</u>
<u>FRUTAS</u>	<u>2 VECES</u>	<u>Falta de vitaminas</u>
<u>LEGUMINOSAS</u>	<u>DIARIO</u>	
<u>PASTAS</u>	<u>4 VECES</u>	
<u>LECHE</u>	<u>2 VECES</u>	<u>Déficit de calcio</u>
<u>HUEVO</u>	<u>3 VECES</u>	
<u>No. DE TORTILLAS</u>	<u>30 PIEZAS A LA SEMANA</u>	<u>Alto consumo de carbohidratos</u>
<u>No. DE PIEZAS DE PAN</u>	<u>1 VECES</u>	
<u>AGUA: LTS.XDÍA O VASOS AL DÍA</u>	<u>750 ml</u>	<u>Deficit de volumen de líquidos.</u>

ELIMINACION:

Horario y características

Intestinal: _____ 1 veces al día (ligero estreñimiento) _____ vesical: oliguria y ardor.

DESCANSO

(Tipo y frecuencia) 10 minutos al día _____ sueño (horario y características) 8 horas despertando por la noche en varias ocasiones.

DIVERSIÓN Y/O DEPORTES:

En ocasiones sale a caminar con su esposo, no sale a divertirse.

TRABAJO Y/O ESTUDIO:

Termino carrera técnica actualmente no trabaja.

OTROS: _____

COMPOSICION FAMILIAR

<u>PARENTESCO</u>	<u>EDAD</u>	<u>OCUPACION</u>	<u>PARTICIPACION ECONOMICA</u>
<u>Suegro</u>	<u>70 años</u>	<u>Campesino</u>	<u>Variable</u>
<u>Cuñado</u>	<u>30 y 26 años</u>	<u>Obrero</u>	<u>Uno y el otro es desempleado</u>
<u>Esposo</u>	<u>22 años</u>	<u>Empleado</u>	<u>Si</u>
<u>Dos niños y 2 concuñas</u>	<u>Ignora edad</u>	<u>Amas de casa</u>	<u>No</u>

DINAMICA FAMILIAR: Refiere E. que la comunicación con su esposo es un poco cerrada. ya que la suegra interviene mucho en su relación de pareja, ella refiere que la comunicación con su esposo es muy extraña ya que cuando están solos tienen buena dinámica y él se muestra comprensivo, cariñoso y participa con las labores de la casa, pero refiere que cuando están la suegra y los hermanos de su pareja son objeto de burla y le reprochan a su esposo de realizar labores del hogar y esto es motivo de discusión entre ellos dos, sienten que si vivieran solos nada de esto pasaría. Actualmente con su mamá su relación es buena aunque ella menciona que al principio de su embarazo fue difícil ya que su mamá no estaba enterada.

COMPORTAMIENTO (conducta cotidiana)

Agresivo Tranquilo Indiferente Alegre Cooperador

3.-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Grupo y Rh: O+

Tabaquismo si no tiempo _____

Alcoholismo si no tiempo _____

Fármaco dependencia si no de que tipo con frecuencia toma analgésico para dolor de cabeza.

**ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS**

Diabetes SI NO

Epilepsia SI NO

HTA SI NO

Cardiopatías SI NO

Nefropatías SI NO

Enf. Infecto-contagiosas SI NO

Toxoplasmosis SI NO

Antecedentes quirurgicos SI NO

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Sífilis SI NO

S.I.D.A SI NO

Malformaciones congénitas SI NO

Consanguinidad SI NO

Retraso mental SI NO

Trastornos psiquiátricos SI NO

Cardiopatías SI NO

Neuropatías SI NO

Antecedentes transfuncionales SI NO

Antecedentes traumáticos SI NO

Otros:

Observaciones _____

4.-INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIO RESPIRATORIO

Palpitaciones Lipotimias Disnea Tos
Acufenos Dolor torácico Edema Disfonías
Fosfenos Ruidos cardiacos Cianosis Expectoración

DIGESTIVO

Apetito normal Vomito Meteorismo Diarrea
Disminución Nauseas Distensión Hematemesis
Pirosis Dolor abdominal Ruidos peristálticos Prurito anal
Disfagia Regurgitaciones Constipaciones Pujo y tenesmo

Observaciones : Refiere que desde el inicio de su embarazo presento vómitos frecuentes hasta los 6 meses actualmente refiere tener dolor en tórax al caminar rápido provocando la falta de oxígeno

GENITOURINARIO:

Dolor Poliuria Dismenorrea Patología mamaria SI NO
Disuria Oliguria Prurito Tipo _____
Tenesmo Disuria Leucorrea SI NO

CARACTERISTICAS:

Hematuria Escorrimento uretral Glándulas mamarias dolor en mama

Observaciones Refiere orinar poco pero muy frecuente y con ardor quizá por la falta de ingesta de líquidos o una probable infección de vías urinarias y leucorrea de consistencia amarillento un poco fétida.

NERVIOSO:

Cefalea Aislamiento Inconsciencia miosis
Temblores Insomnio Anisocoria
Depresión Falta de memoria Midriasis Ansiedad

Observaciones: Comenta que en ocasiones tiene dolor de cabeza, sobre todo cuando discute con su esposo y suegra, en estos momentos y desde su ingreso a tenido la presión arterial baja.

MUSCULO ESQUELETICO:

Deformidades: óseas, articulares y musculares	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Crepitación	<input checked="" type="checkbox"/>	Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	Hipertricosis	<input type="checkbox"/>
Tipo		ROTS	<input type="checkbox"/>	Galactorrea	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	Polidipsia	<input type="checkbox"/>	Sudoración	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	Polifagia	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>		
Varices	<input type="checkbox"/>	Perdida de peso	<input checked="" type="checkbox"/>				

OBSERVACIONES: Pérdida de peso hasta 5 kg en un mes.

PIEL Y ANEXOS:

Hiper-pigmentación

Apigmentación

Acné

Rinorrea

Dermatosis

Heridas

Edema

Prurito

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

Otorrea

Hipoacusia

Dolor oído

Conjuntivitis

Epistaxis

Alergias

Trastornos de del olfato olfato

Observaciones Se detecto piel reseca

Comprensión y/o comentario acerca de su problema o padecimiento. La resequedad se debe a que la paciente cursando su embarazo con leve anemia y también por falta de lubricación.

5.-ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca 12 años. Telarca: 12 años Pubarca: 13 años Ciclos: 30 días
 Duración 4 días Dismenorreica SI NO
 Incapacitante SI NO
 Método de control prenatal: SI NO Tipo de control _____ Periodo de utilización del _____ al _____

Papanicolaou: SI NO Fecha: _____ Resultado _____
 FUR: 18 de septiembre de 2008 FPP: 25 de junio del 2009 SDG 21.3 semanas
 Gestas: 1 Paras: 0 Abortos: 0 Cesareas: 0
 Periodo intergenésico _____ Vigilancia prenatal SI NO
 No. de compañeros sexuales: 1 Circuncidados: _____

OBSERVACIONES: su control prenatal ya que ella acude desde que se sintió mal y desde entonces no deja de acudir a su cita.

HISTORIA DE EMBARAZOS PREVIO

No. de gestas	Fecha	Parto	Fórceps Causa	Cesárea	LUI	Peso del producto	Observaciones
1							
2							
3							
4							

EVOLUCION DEL EMBARAZO	
Complicaciones en : Embarazos previos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Embarazos ectópicos SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo molar SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Preeclampsia SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Parto prematuro SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Malformaciones del producto SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Muerte neonatal SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Óbito SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Infección de vías Urinarias SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Infección genital SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

6.-EXPLORACION FISICA

Peso antes del embarazo: 45Kg. Peso actual: 46 kg. Peso ideal: 56kg.

Sobre peso de: Kgrs. Estatura: 1.54m Pulso: 60x' Tensión Arterial: 90/50
 Temperatura: 35.5 C Respiración: 18 x'

INSPECCION

ASPECTO FÍSICO: Se realiza exploración física se observo que presenta resequedad en la piel, ojos simétricos, cabello reseco de color castaño oscuro, cabeza normo cefálica, glándulas mamarias aumentadas, abdomen aumentado, Adecuada movilidad fetal, se observa consiente tranquila, con palidez de tegumentos, hidratada, cardiorespiratorio en este momento sin compromiso, abdomen con útero gestante con feto único vivo fondo uterino de 20cm, FCF(FRECUENCIA CARDIACA FETAL) 144X' , con sangrado transvaginal escaso y extremidades sin alteraciones.

PALPACIÓN: Cambios gestacionales, sangrado tras vaginal moderado.

PERCUSIÓN: Con datos de descompensación hemodinámica.

AUSCULACIÓN: A nivel cardiorespiratorio sin compromiso en este momento con buena entrada y salida de aire. Latido cardiaco simétrico su frecuencia cardiaca por minuto de 60x' frecuencia cardiaca fetal 144x', con movimientos normales.

PROBLEMA O PADECIMIENTO ACTUAL

Síntomas: Debilidad y cansancio.

Signos: Hipotensión y palidez de tegumentos.

EXAMENES DE LABORATORIO

11 ENERO 2009

GABINETE Y/O DE LABORATORIO	CIFRAS DE LA PACIENTE	CIFRAS NORMALES	OBSERVACIONES.
VDRL			negativo
TIPO DE SANGRE Y RH	O POSITIVO		
GLUCOSA	102.0	70.00-99.00mg/dl	normal
BUN (NITROGENO UREICO)	10.2	7.00-18.00 mg/dl	normal
CREATININA	0.7	0.60-1.30 mg/dl	normal
SODIO	137.0	136.00-145.00mmol/L	normal
COLORO	102.0	98.00-107.00mmol/L	normal
UREA	21.8	15.00-38.50MG/dl	normal

11 DE MARZO DEL 2009.

GLUCOSA	75.0 mg/dl	70.00-99.00mg/dl	normal
BUN(NITROGENO UREICO)	5.6	7.00-18.00mg/dl	bajo
CREATININA	0.5	0.60-1.30mg/dl	bajo
UREA	12.0	15.00-38.50mg/dl	bajo
HEMOGLOBINA	12.0	14-16 gr/dl	leve anemia

HEMATOCRITO	33	37 A 54 g	leve anemia
EGO			
COLOR		amarilla paja	
POTENCIAL DE HIDROGENO	6.00	5.00-7.50	normal
CLARIDAD	TURBIO		a normal
GRAVEDAD ESPECIFICA (DENSIDAD)	1.020	1.010-1030	normal
LEUCOCITOS		negativo	normal
NITRITOS		negativo	normal
PROTEINAS		negativo	normal
BILIRRUBINA		negativo	normal
CETONAS		negativo	normal
GLUCOSA		negativo	normal
LEUCICITOS (SEDIMENTADOS)	5-10		
uratos	moderadas	negativo	anormal
oxido de calcio	moderadas	negativo	anormal
bacterias	moderadas	negativo	anormal
células	epiteliales moderadas	negativo	anormal
eritrocitos	3-4	negativo	anormal
cilindros	hialinos escasos	negativo	anormal

ESTUDIOS DE GABINETE

ULTRASONIDO OBSTERICO (USG).

Embarazo de 21.3 semanas de gestación (SDG), producto único vivo en posición transversa, placenta fundica posterior grado 0 de madurez mide aproximadamente 23 mm de espesor adecuada cantidad de líquido amniótico, conserva aspecto y volumen, cérvix cerrado.

PROBLEMAS DETECTADOS:

- 1.- Embarazo de 21.3 SDG de alto riesgo ya que presento hiperémesis gravídica, con pérdida de peso mayor de 5 kg en un mes.
- 2.- Presencia de vómitos frecuente no tolerando alimento y provocándole debilidad.
- 3.- El día 18 de Febrero 2009 presenta amenaza de parto prematuro presentando sangrado transvaginal escaso, ocasionado probablemente por una cervicovaginitis, la cual requiere de reposo, tratamiento médico y cuidados de enfermería.
- 4.- El día 25 de marzo del 2009 presenta cervicovaginitis, secreción amarillenta desde aproximadamente 2 semanas y abdomen duro.
- 5.- Alto riesgo de prematurez para edad gestacional, al presentar sangrado transvaginal y infecciones repetitivos (vaginales).

CONCEPTO: Comprende vómitos y náuseas en exceso durante el embarazo y que persisten después del primer trimestre.

ETIOLOGIA:

FACTORES PREDISPONENTES.

- 1.- Cambios hormonales del embarazo: las concentraciones de gonadotropina están altas.
- 2.- Factores emocionales: Algunos médicos opinan que entre los factores contribuyentes están inseguridad, ansiedad o actitudes negativas hacia el embarazo.¹

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- 1.- Vómitos frecuentes, sobre todo con el estomago vacío.
- 2.- Tendencia a sentir náuseas con la mención, vista u olfacción de alimentos.
- 3.- Pérdida de peso.
- 4.- Deshidratación.
- 5.- Pulso acelerado.
- 6.- Signos de deficiencia vitamínica.
- 7.- Sed.
- 8.- Pirosis.
- 9.- Estreñimiento.
- 10.- Orina escasa y concentrado.

¹ Brunner, L. Manual de la enfermera, p 1167.

PERIODOS CLINICOS:

PERIODO I: El vómito es constante motivo de anorexia y nauseas constantes. Hay sialorrea, dolor epigástrico y de los músculos abdominales, pérdida de peso notable deshidratación.

El vómito al principio es de alimentos, moco y bilis, pero pueden ser de consistencia hemático. La orina es escasa y concentrada. El pulso está ligeramente acelerado y la temperatura y la presión arterial permanecen normales.

PERIODO II: Vomita constantemente aunque no ingiera nada, se acentúa la pérdida de peso y la paciente está emaciada y muy débil, con periodos de excitación nerviosa intensa polineuritis y trastornos visuales, piel seca y pálida, mucosas orofaríngeas enrojecidas, hipotensión arterial, hemoconcentración progresa y la orina es cada vez más escasa y concentrada.

PERIODO III: Se caracteriza por la aparición de fenómenos nerviosos, con delirio, cefalea y aberraciones mentales, además de desfallecimiento miocárdico. Desaparece el vómito. Hay gran excitación nerviosa o estado de sopor con pérdida transitoria de la conciencia y si progresa se instala el estado de coma con pérdida completa de la conciencia y conservación de las funciones de la vida vegetativa; y por último, se presenta la muerte.²

DIAGNÓSTICO:

La severidad de la misma se mide por los vómitos intensos y frecuentes, la pérdida de peso corporal, intolerancia digestiva, signos, y síntomas y laboratorio de deshidratación y número de hospitalizaciones previas.

² Ramírez, F. Obstetricia para la enfermera profesional. p 191

TRATAMIENTO MÉDICO:

El vómito normal de embarazo con Clorhidrato de meclizina (Bonadoxina) a dosis de 25mg 2 o 3 veces al día por vía oral, Clorhidrato de difenidol (vontrol) 40mg I.M y 20mg vía oral cada 4 horas en caso de persistir el vómito, o 20mg por vía endovenosa en forma diluida vigilando la diuresis.

La comida debe ser fría o caliente, no condimentada y sin grasa; se recomienda comer galletas o tomar agua mineral en ayunas la dieta debe ser fraccionada, rica en carbohidratos y acompañada de complejo B.

En los casos más severos, los objetivos del tratamiento, son controlar el vómito, corregir la deshidratación, restablecer el equilibrio electrolítico y mantener una nutrición adecuada.

Inicialmente no debe recibir nada vía oral, administrar líquidos intravenosos a razón de 3000ml mínimo durante las 24 horas.

La vía oral no se utiliza durante 48 horas. El tratamiento endovenoso se continúa hasta que el vómito cesa. Si no responde a este tratamiento es necesario instituir una nutrición parenteral completa.³

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

A.- Conservar el equilibrio hidroelectrolítico.

1.- Si los vómitos son graves, se hospitaliza a la persona y se restringe la ingesta bucal durante 24 a 48 horas, se administran líquidos por vía intravenosa.

2.- Se restablece la ingestión bucal de líquidos de manera paulatina, por lo general con alto contenido de carbohidratos, del tipo de prefera la persona.

3.- Las bebidas calientes o frías suelen tolerarse mejor que tibias.

B.- MEJORAR LA INGESTION NUTRICIONAL.

³ Op. Cit. Ramírez, F. p. 192

- 1.- Ofrecer comida no muy abundante, principalmente con carbohidratos del tipo que prefiera la paciente (por lo general seis comidas al día) una vez que desaparecen los síntomas.
- 2.- Evitar alimentos con olor intenso.
- 3.- Evitar alimentos grasosos.
- 4.- Suministrar complemento vitamínico según instrucciones.
- 5.- También pueden administrarse antieméticos.⁴

⁴ Op. Cit. Brunner, L. p.1167

ANEXO III**PLAN DE ALTA**

NECESIDAD	CUIDADOS EN CASA
OXIGENACIÓN	SE LE ACONSEJO: <ul style="list-style-type: none">- Caminar despacio.- Realizar ejercicios respiratorios.- Técnicas de relajación.- Evitar fatigarse.
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none">- Se otorga una lista de alimentos de acuerdo a sus posibilidades económicas.- Orientarla sobre todo que su dieta debe ser en cinco tiempos al día en pequeñas cantidades.- Dar sulfato ferroso. “Explicándole la importancia “.- Concientizar a la sra. E. de que debe de ingerir líquidos de preferencia (agua natural ó tés de hoja o fruto sin azúcar).- Llevar un control de su peso por lo menos cada semana.
ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none">-Tomar líquidos para evitar infecciones de vías urinarias.- Consumir alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.- Caminar por lo menos 20 minutos al día.

<p>MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA</p>	<p>SE LE ACONSEJA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Caminar despacio para no fatigarse. -Se apoye de su esposo para que le realice masajitos. -No levantar objetos pesados. -No realizar movimientos bruscos para evitar molestias.
<p>DESCANSO Y SUEÑO.</p>	<p>SE LE ACONSEJA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escuchar música instrumental. -Mantener un ambiente tranquilo. -Terapias recreativas como: leer, tejer o realizar juegos de mesa. -Que debe realizar sus actividades del hogar en secciones para no provocar agotamiento y cansancio. -Descansar en decúbito lateral izquierdo.
<p>USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.</p>	<p>SE RECOMIENDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar zapatos sin tacones. -Evitar ropa ajustada. -Evitar ropa interior de licra.
<p>TERMORREGULACIÓN</p>	<p>SE RECOMIENDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar ropa de algodón o felpa. -Tomar bebidas calientitas. -Abrigarse bien por las noches.

<p>HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL</p>	<p>SE LOGRO QUE LA Sra. E.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lubricara su piel con aceite de almendras dulces ó crema. -Tomar abundantes líquidos (de preferencia agua natural).
<p>COMUNICACIÓN</p>	<p>SE ACONSEJA.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mejorar su comunicación con su pareja. -Procurar tener una mejor relación con la familia. - Integrarse a un grupo de terapia o ocupacional.
<p>APRENDIZAJE</p>	<p>SE ACONSEJA.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se proporcionan videos de cómo lograr un embarazo exitoso. -Se realiza visitas domiciliarias para aclararle dudas sobre su embarazo.