



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

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A MUJER EN  
PUERPERIO CON DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, BASADO EN EL  
MODELO DE “VIRGINIA HENDERSON”  
HOSPITAL MATERNO PEDIÁTRICO XOCHIMILCO**

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

**PRESENTA: OLMOS YÁÑEZ JOVITA**

**No. DE CUENTA: 79490465**

**DIRECTORA ACADÉMICA  
LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ**

**OCTUBRE 2009**



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.

## CONTENIDO

Introducción

Justificación.....	1
Objetivos .....	2
1. Metodología.....	3
2. Marco teórico.....	4
2.1. Enfermería como profesión .....	4
2.2. Enfermería como disciplina .....	6
2.3. El cuidado como objeto de estudio.....	7
2.4. Antecedentes del cuidado .....	8
2.5. Modelo de Virginia Henderson .....	9
2.5.1 Conceptos Paradigmáticos .....	10
2.5.2. Postulados .....	12
2.5.3. Valores.....	13
2.5.4. Principales supuestos .....	13
2.5.5. Afirmaciones teóricas.....	15
2.5.6. Método lógico.....	16
2.5.7. Las catorce necesidades de Virginia Henderson .....	16
3. Proceso de atención de enfermería .....	18
3.1. Objetivos .....	18
3.2. Ventajas .....	20
3.3. Características .....	21
3.4. Descripción de las etapas .....	22
3.4.1. Etapa de valoración.....	22

3.4.2. Etapa de diagnóstico .....	26
3.4.3. Etapa de planificación .....	27
3.4.4. Etapa de ejecución .....	31
3.4.5. Etapa de evaluación .....	32
4. NANDA.....	33
5. Clasificación de resultados de enfermería NOC.....	34
6. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC.....	35
7. Taxonomía II .....	36
8. Patología .....	38
9. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.....	55
9.1 Presentación del caso .....	55
9.2 Historia clínica de enfermería.....	56
9.3 Plan de atención de enfermería .....	57
10. Plan de alta .....	74
11. Conclusión.....	78
12. Sugerencias .....	79
13. Referencias .....	80
14. Anexos .....	87
A. Exámenes de laboratorio .....	87
B. Instrumento de valoración.....	88
C. Glosario .....	95
D. Reflexión.....	98

## **AGRADECIMIENTO**

La intención abre la puerta a la acción, y esta a la manifestación del pensamiento.

Hoy concluyo este arduo trabajo, agradezco a Dios, a mis padres, a mis hijos Ray y Areli, a mi esposo Ray, por el sacrificio que implicó estar ahí, los días con sus noches. A todos ellos por el saber y entender, la compañía y el amor, por la experiencia y el crecer; mi amor y gratitud.

## **INTRODUCCIÓN**

La profesión de enfermería, como tal, podemos decir que comienza su desarrollo desde hace algo más de un siglo y ha sido a partir de los años 50s cuando el desarrollo de las teorías en este campo ha sufrido una rápida evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propios de una disciplina académica. Antes de esta fecha no se había desarrollado ni articulado mucho menos contrastado una teoría global en esta área del quehacer humano. Durante este proceso histórico de la enfermería, la enfermera ha representado un papel fundamental en la atención que se brinda, a la persona, en virtud de que es la responsable de proporcionar los cuidados directos y continuos.

En la actualidad estos cuidados enfermeros se proporcionan en concordancia con los avances científicos y tecnológicos, así como la exigencia de un mayor compromiso y desarrollo profesional, tendientes a elevar la calidad de esta atención basada en la aplicación del proceso de atención de enfermería que permite a las enfermeras, valorar diagnosticar, planificar ejecutar y evaluar los cuidados en forma individualizada, lógica y sistemática, al individuo, familia y comunidad aplicando el pensamiento crítico y reflexivo., para satisfacer las necesidades del cliente, considerado este desde una visión holística-humanista.

Para abordarlo desde un marco con visión holística es importante guiarse en un modelo de atención. En este caso Hablare del modelo de atención de Virginia Henderson el cual está basado en los conceptos paradigmáticos de: Salud, Entorno, Persona y las 14 necesidades básicas para contribuir a mantener su

estado de salud o recuperarla en caso de enfermedad y de este modo lograr su independencia.

En la paciente puérpera con Diabetes Mellitus Gestacional es importante implementar el Proceso de Atención Enfermería, para detectar sus necesidades, jerarquizarlas, elaborar diagnósticos de enfermería e implementar un plan de cuidados para mejorar su estado de salud, emocional, nutricional y social.

## **JUSTIFICACIÓN**

La finalidad de este trabajo es sistematizar el proceso de atención de enfermería enfocado a la diabetes gestacional durante el puerperio, bajo el precepto de que esta patología en el embarazo es relativamente frecuente, y sabiendo que si dicha alteración no se maneja adecuadamente puede presentar problemas que coloquen en riesgo potencial tanto a la madre como al producto.

Llevar a cabo este proceso en M.C.E., permitirá satisfacer sus necesidades de forma oportuna para mejorar o restablecer su salud; al mismo tiempo hacer un recuento de los elementos que conforman el proceso de atención de enfermería para una mejor comprensión del mismo, ya que estos norman el criterio de atención de los servicios de enfermería y con ello trascender la relación enfermera-paciente.



## OBJETIVOS

### Objetivo general

- Aplicar el Proceso Enfermero basado en el modelo de “Virginia Henderson” en una mujer en puerperio con Diabetes Mellitus Gestacional para detectar sus necesidades, establecer prioridades y satisfacerlas en forma oportuna, evitando secuelas y/o complicaciones.

### Objetivos específicos

- Valorar las necesidades de la persona apoyándose en diferentes métodos de valoración para establecer los diagnósticos de enfermería.
- Elaborar y ejecutar un plan de cuidado enfermero de acuerdo a los diagnósticos establecidos, para satisfacer las necesidades de la persona, prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.
- Evaluar la efectividad del proceso enfermero, mediante el cotejo entre el estado de salud e la persona y los resultados esperados.
- M.C.E. identificará signos y síntomas de alarma para evitar posibles complicaciones en el puerperio relacionados con la diabetes gestacional.
- Fomentar el autocuidado mediante un programa de ejercicio físico y nutrición balanceada para mejorar su estado de salud emocional, física y social.

## 1. METODOLOGÍA

El presente trabajo se desarrolló en un periodo de cuatro días de acuerdo a las etapas del proceso atención de enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderson, en el servicio de hospitalización del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco. Se eligió el caso de la señora M.C.E., quien cursaba puerperio fisiológico con Diabetes Mellitus Gestacional.

En la sala de hospitalización se realiza la valoración inicial. Por medio de la observación, se evaluó el estado general, y físico en el que se encontraba M.C.E. Posteriormente se lleva a cabo la entrevista, previa autorización de la persona, en donde se obtuvo la información necesaria para conocer a fondo su padecimiento y estado bio-psico-social; a través de la apreciación de las 14 necesidades básicas que permiten definir y jerarquizar los problemas y necesidades en relación al diagnóstico de enfermería y establecer el plan de cuidados.

Se establecieron los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía II dominios, clase y diagnósticos de la NANDA.

Estructuración del plan de cuidados e intervenciones de enfermería en conjunto con M.C.E.

Elaboración y entrega a M.C.E. del plan de alta de acuerdo a sus necesidades detectadas.

Durante el desarrollo de este informe se contó con la asesoría de la Directora Académica, Lic. Margarita González Vázquez.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Enfermería como profesión**

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia, a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre la enfermera(o) ha cuidado a las personas, apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales, éstas no pueden responder de forma autónoma. Otras tantas, promoviendo la salud y/o previniendo la enfermedad de los individuos sanos. Con el tiempo la enfermería ha ido consolidando el objeto de *su hacer* - el cuidado - a través del desarrollo del arte, la ciencia y la tecnología, como se expresaba metafóricamente “corazón, manos y cabeza - alma, habilidad y ciencia - se fueron uniendo firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna”.<sup>1</sup> Cimientos que hoy la profesión concibe como aspectos ético - legales, científico- técnicos y prácticos.

“Todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para ‘algo’, pero no todas sirven a ‘alguien’, entendiendo siempre que ese alguien se refiere al

---

<sup>1</sup> Dock- Stewart, 1925 *Simbolismo de la profesión*.

ser como individuo”, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así, un enfermero(a) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender a las personas en un sistema de atención en salud que trata de atender las necesidades de los pacientes y sus familias, en una visión que en los últimos años ha acuñado el término holístico.

Al hablar de enfermería como servicio al ser humano, sano o enfermo, en la práctica cotidiana dirige su labor hacia el individuo, la familia y la comunidad, en los diferentes escenarios en los que se desarrolla. Para lograrlo, la enfermería debe apoyarse en las ciencias biológicas, sociales, humanas y la disciplina de la ética, para favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios, fortalecer y reformar sus capacidades y potencialidades del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

En respuesta a las necesidades de cuidado y políticas de salud cambiantes, el perfil de formación del profesional de enfermería debe ajustarse a la realidad imperante, para poder cumplir su misión. Para ello, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha clasificado las funciones de la enfermería en cuatro áreas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y mantenimiento de la salud y alivio del sufrimiento.

## 2.2 Enfermería como disciplina

La enfermería como disciplina integra en su espíritu, fundamentos filosóficos, históricos y éticos definiendo sus actividades y realizando investigación desde la práctica, apoyada en la base teórica, en donde la relación práctica – teoría debe retroalimentarse en las tareas del día a día. El poseer un cuerpo de conocimientos especializados, le permite que este sea aplicado a la resolución de los problemas del paciente, a través de la utilización del Proceso de Atención de Enfermería o de teorías y modelos conceptuales existentes, que le dan autonomía al profesional, para orientar sus funciones asistenciales, docentes, investigativas y administrativas.

La disciplina de enfermería incluye el contenido de cuatro patrones de conocimiento diferenciado e íntimamente relacionados entre sí: Conocimiento empírico (ciencia-enfermería), conocimiento ético (conocimiento moral), conocimiento estético (el arte de enfermería) y conocimiento personal (autoconocimiento). El conjunto de las teorías de estos cuatro patrones, así como las estrategias de investigación utilizadas para elaborarlas constituyen la totalidad del conocimiento enfermero, el cual está en continua evolución a causa de los cambios y avances que se generan a partir de la investigación.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Fernández C, *Enfermería Fundamental*

### 2.3 El cuidado como objeto de estudio

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto del conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

Cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigida a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca, es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.<sup>3</sup>

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 cuidados, orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Colliere, M., *Promover la Vida*

<sup>4</sup> Liininiger, 1978. *Profesionalización de Enfermería*

## 2.4 Antecedentes del cuidado de enfermería

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. En la antigüedad, los cuidados estaban centrados en el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio, y la figura que desempeñaba esta labor era la madre de familia, fomentando la higiene, proporcionando una adecuada alimentación y vestido.

En la edad media y el mundo moderno, El cuidado se calificaba como vocacional y tenía influencia principalmente de dos grupos: el religioso y el militar. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes, los procedimientos aplicados muy rudimentarios y el cuidado estaba basado en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

Dentro del origen militar, el mejor ejemplo que podemos mencionar es el de Florencia Nightingale que con su participación en la guerra de Crimea, formalizo la enfermería como apoyo logístico a los ejércitos, iniciando desde ahí con el papel fundamental de la enfermera: el cuidado a la persona<sup>5</sup>.

La influencia religiosa tiene su origen en la iglesia del siglo III, donde el obispo era llamado "Padre de los pobres ", El diácono era su delegado y con él colaboraban las mujeres, generalmente viudas, que recibieron el nombre de diaconisas. La tarea principal de estas mujeres estaba dirigida hacia los más necesitados, como

---

<sup>5</sup> Cárdenas L., La profesionalización de Enfermería en México.

ejercicio de caridad, por lo que se dedicaron a la educación de los huérfanos, a las labores pastorales y al cuidado de los enfermos.

En el siglo (XIX y XX) con el desarrollo científico y técnico, adquiere relevancia el cuidado técnico como valor dominante en la sociedad, quedando relegado a un segundo plano el factor humano del cuidado de las personas.

Siguiendo este proceso histórico surge la necesidad de la profesionalización de la enfermería, que privilegie el desarrollo de procedimientos del cuidado enfermero y una manera de hacer sistemática y con método, para dar respuesta a las necesidades humanas en el cuidado de la salud.

Surge entonces en el contexto internacional, el proceso de atención de enfermería (P.A.E.) y los diagnósticos de enfermería (DdE) como forma de respuesta a esta inquietud profesional.

## **2.5 Modelo de Virginia Henderson.**

Virginia Henderson (1897-1996) fue una enfermera norteamericana con una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. A lo largo de su carrera declaró que su preocupación por los pacientes era “el elemento esencial del servicio de enfermería” y planteó cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería. Repitió también las necesidades de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que al igual que su estado (como objeto final), cambian permanentemente.



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 cuidados.

### 2.5.1 Conceptos paradigmáticos

- **Enfermería:** Tiene como única función ayudar al individuo, sano o enfermo a, realizar las actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, Actividades éstas que el paciente realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, para realizarlas con el objeto de conseguir su independencia lo más rápidamente posible.
- **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.
- **Entorno:** Henderson no da una definición propia pero se basa en Webster's New Collegiate Dictionary, 1961 y lo define como: El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
- **Persona (paciente)** Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte

tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

### **Principales conceptos**

**Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

**Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

**Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

**Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

**Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

**Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

**Fuerza:** Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

**Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

### **2.5.2 Postulados**

Los postulados se refieren únicamente al concepto de persona, estos pueden tener su origen, en el especial interés de Virginia Henderson por destacar una visión integral del ser humano en contra de la dicotomía cartesiana entre el cuerpo y la mente, dominante en el momento que desarrollo su modelo.

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona requiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

3. Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no esta “completo”, “entero”, “independiente”.

### **2.5.3 Valores**

Estos hacen referencia exclusivamente al papel de la enfermera, esto se cree que se debe a que Virginia Henderson fue una de las primeras teóricas que, después de Florencia Nightingale, intento marcar los límites que separaban las áreas de competencia medica y de enfermería.

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera de la enfermera, un servicio especial que ningún otro profesional le puede brindar.

### **2.5.4 Principales supuestos**

#### **Enfermería**

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan.

- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

## **Persona**

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

## **Salud**

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

## Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisiciones de equipo y mantenimiento.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

### 2.5.5 Afirmaciones teóricas

#### Relación enfermera – paciente

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

- **La enfermera como sustituta del paciente:** Esta 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 éste 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.

#### **Relación enfermera – equipo de salud:**

- 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.

### **2.5.6 Método Lógico**

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.

### **2.5.7 Las catorce necesidades de Virginia Henderson son:**

1. Oxigenación: Necesidad del organismo de introducir el oxígeno y expulsar el bióxido de carbono favoreciendo el intercambio gaseoso.
2. Nutrición/hidratación: Necesidad del organismo de líquidos y nutrientes, necesarios para su metabolismo.

3. Eliminación: Necesidad del organismo de expulsar las sustancias de desecho.
4. Movilidad y una buena postura: Necesidad del organismo de ejercer la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el SNC.
5. Reposo/sueño: Necesidad del organismo de suspender la actividad física, para permitir la recuperación de las fuerzas.
6. Vestirse: Necesidad de proteger al cuerpo en función del clima, de las normas sociales, y de los gustos personales.
7. Termoregulación: Mantener el equilibrio entre la producción del calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.
8. Higiene: Mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y cavidades.
9. Evitar peligros: Necesidad de protección ante las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.
10. Comunicación: Expresar las propias emociones, necesidades y temores
11. Religión/creencias: Necesidad de las personas de realizar actos y tomar decisiones en función de su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas y creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones.
12. Trabajo/realización: Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma; utilizar los recursos de que se dispone para asumir roles, ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.



13. Recreación: Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de diversión.
14. Aprender: Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre su cuerpo, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos.

### **3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental para brindar cuidados enfermeros en forma dinámica y sistemática que asegura la calidad del cuidado del paciente, individualizando las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad mediante la utilización del pensamiento crítico y reflexivo para actuar en forma segura y efectiva.

#### **3.1 Objetivos**

- Constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar, las necesidades del paciente, familia y comunidad.
- Favorecer una interacción entre el paciente y la enfermera
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo favoreciendo la satisfacción del cliente.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Alfaro, R. *Aplicación del Proceso Enfermero*.

## **Capacidades que se requieren para el desarrollo del PAE**

- Ser flexible y adaptarse a los distintos entornos y circunstancias, identificando los nuevos conocimientos, habilidades y perspectivas necesarias para ejercer de forma eficiente.
- Pensar de manera crítica y creativa, respondiendo a la complejidad clínica y resolver problemas.
- Tomar decisiones independientes y compartidas, considerando los costos e implicando activamente al usuario y a su familia.
- Colaborar con otros profesionales, colegas, usuarios, familias, y otros trabajadores de la salud, cultivando la comunicación interpersonal y las habilidades de reflexión grupal.
- Pensar holísticamente, contemplando a la persona como un todo, considerando tanto el proceso de la enfermedad como el impacto de ésta y de los problemas asociados a ella en el estilo de vida individual.
- Promover el bienestar mediante la educación, la reducción de los factores de riesgo y el control de los síntomas y de los factores causales.
- Valorar y dar respuesta a las distintas necesidades y valores de los diversos grupos étnicos y culturales.
- Liderar, supervisar, escuchar y comprender las necesidades de los seguidores.

### 3.2 Ventajas

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.

Otras ventajas del proceso enfermero son:

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para:

Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones.

Dejar un rastro de papel que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.

- Evitar que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)

- Ayuda a que: los usuarios y sus familias se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- Que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

### **3.3 Características**

Tiene una finalidad:	Se dirige a un objetivo.
Sistemático:	Parte de un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos.
Dinámico:	Responde a un cambio continuo.
Interactivo:	Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, paciente, familia y los demás profesionales de salud.
Flexible:	Se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
Tiene una base teórica:	El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades.

### **3.4 Descripción de las etapas**

#### **3.4.1 Etapa de valoración**

Proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diferentes fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. (Lo cual es necesario para realizar el diagnóstico de enfermería)

Existen dos formas de obtener información en enfermería:

Valoración de datos fundamentales: Que incluye, recopilación de datos de la persona y de sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio.

Valoración de datos específicos: Se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificado<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> ALFARO, R. *Aplicación del Proceso Enfermero*.

## **Métodos para obtener datos.**

Los métodos de recolección de información suponen, en enfermería una forma sistemática y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son:

- La entrevista.
- La observación.
- Examen físico.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades que 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.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación empieza en el primer encuentro con el paciente, esta es sistemática e implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.

La exploración física es la actividad final para recolectar datos, esta se centra en determinar con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de la

enfermedad, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista y se utilizan cuatro técnicas específicas:

- Inspección: Examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.
- Palpación: Utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

### **Validación de datos**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos) 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, como el peso y la talla entre otros.

## **Organización de los datos**

En esta etapa se trata de agrupar la información, de tal forma que nos ayude en la identificación de problemas; el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas.<sup>8</sup>

## **Documentación y registro de la valoración.**

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.

---

<sup>8</sup> Maslow, 1972



### 3.4.2 Etapa de diagnóstico

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. En ésta etapa se analizan los datos e identifican problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

#### Tipos de diagnóstico

**Real:** Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de tres partes: Formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Ejemplo: desequilibrio de la nutrición por exceso r/c consumo excesivo de hidratos de carbono, grasas y sedentarismo m/p un sobre peso de 23%.

**De riesgo:** Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, en el individuo, familia o comunidad. Este consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

Ejemplo: Riesgo de traumatismo relacionado con (r/c) marcha inestable y pérdida de la agudeza visual.

**Posible:** Es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

**De bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición, desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Ejemplo: disposición para mejorar el bienestar espiritual / lactancia materna eficaz.

**De síndrome:** Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

Ejemplo: Síndrome por trauma de violación, relacionado con ansiedad acerca de problemas de salud potenciales, y manifestado por ira, malestar genitourinario y patrones de sueño alterados.

### **3.4.3 Etapa de planificación**

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.<sup>9</sup>

#### **Jerarquización de necesidades**

Jerarquizar los problemas y necesidades detectadas en la etapa de diagnóstico. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, es oportuno mencionar aquí, que bajo una concepción holístico –humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca o perpetua la enfermedad. Por

---

<sup>9</sup> CARPENITO Moyet, *Planes de Cuidados y Documentación Clínica de Enfermería*

lo tanto determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico con el objeto de tomar decisiones respecto a:

- Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar.
- Que problemas son su responsabilidad y cuales debe referir a otro profesional
- Que problemas trata usando planes estandarizados (p.ej., vías críticas, planes de cuidados estandarizados).
- Que problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

### **Planteamiento de los objetivos**

Jerarquizadas las necesidades, se plantean los objetivos de acuerdo a los problemas, teniendo presente que los objetivos sirven para dirigir los cuidados, e identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones en enfermería.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

## **Actuaciones de enfermería**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.<sup>10</sup> Es necesaria la intervención del paciente y sus familiares, siempre que esta sea posible, para decidir las acciones en común que habrán de tomarse en la consecución de los objetivos.

Las actuaciones de enfermería de acuerdo a Iyer son:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

---

<sup>10</sup> Iyer, 1989, *Modelos y teorías de Enfermería*

## **Documentación en el plan de cuidados de enfermería**

El registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, es la última etapa del plan de cuidados.

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación.

La finalidad de estos están dirigidos a fomentar cuidados de calidad, utilizando para ello los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados y la evaluación.

### **Tipos de planes de cuidado**

- Individualizado
- Estandarizados
- Estandarizados con modificaciones
- Computarizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tardan más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.<sup>11</sup>

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, pero dejan abiertas las puertas para modificar, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

#### **3.4.4 Etapa de ejecución**

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

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

---

<sup>11</sup> Mayers, 1983, *Planes de Cuidados y Documentación Clínica de Enfermería*.

### **3.4.5 Etapa de evaluación**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

En este sentido, los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones (Griffith y Christensen 1982).

Este proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recolección 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.

## **4. Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros**

### **NANDA**

Hace más de tres décadas, a principios de los años 70, nacieron los diagnósticos de enfermería cuando la asociación norteamericana de enfermeras (ANA) los reconoció oficialmente incluyéndolos en los estándares de la práctica de enfermería (1973). En 1982, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) establece los planes de trabajo, para la expansión de los diagnósticos de enfermería, siendo el desarrollo, impacto y expansión de los diagnósticos al día de hoy incuestionables. También manifiesta que los diagnósticos facilitan la comunicación entre los profesionales y usuarios, elección de las intervenciones de enfermería y la evaluación de los resultados de los cuidados<sup>12</sup>.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. Los elementos de un diagnóstico NANDA real son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados), los elementos de un diagnóstico potencial según define la NANDA son la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados. (Marion Johnson, et al, Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC).

---

<sup>12</sup> NANDA, Internacional



## 5. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC

En el año de 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Meridean Maas, en la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. Esta investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). La cual sirve para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermeras.

Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera<sup>13</sup>.

En los resultados pueden influir numerosas variables, así como las intervenciones de enfermería. Estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado, acciones de otros profesionales sanitarios, variables de la organización y ambientales que influyen en la selección y suministro de intervenciones según las características del paciente, como su estado físico y emocional.

---

<sup>13</sup> MOORHEAT, J. 2004, *ANANDA International*.

## 6. Clasificación de intervenciones de Enfermería NIC

En 1987 un equipo de investigación constituido por Joanne McCloskey y Gloria Bulechek en la University of Iowa, desarrollo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras.

Una intervención se define como un tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidas a los individuos, familia o comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras o por otros profesionales<sup>14</sup>. (Dochterman & Bulechek, 2004, pág.xxiii)

La NANDA, NOC y NIC pueden utilizarse conjuntamente o por separado. Juntas representan el campo de la enfermería en todos sus entornos y todas sus especialidades. La relación de los tres lenguajes proporciona ayuda a los profesionales y a los estudiantes para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para sus pacientes, en relación a sus diagnósticos enfermeros.

---

<sup>14</sup>DOCHTERMAN & B. 2004, NANDA Internacional

## 7. TAXONOMÍA II

Es un sistema clasificatorio en el que aparecen actualmente los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA

La taxonomía II está basada en: 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos enfermeros.

Algunos diagnósticos enfermeros se encuentran en más de un dominio y clase. Esto ocurre porque la etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias o factores relacionados, en el caso de “riesgo de” permiten colocarlos adecuadamente en más de un dominio y clase.

**Dominio:** Es una esfera de actividad, estudio o interés<sup>15</sup>.

**Clase:** Es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado<sup>16</sup>.

**Diagnóstico enfermero:** Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales /problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base para la terapia definitiva y logro de los objetivos de los que la enfermera es responsable<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> ROGET, 1980, NANDA Internacional

<sup>16</sup> ROGET, 1980, NANDA Internacional.

<sup>17</sup> NANDA-1, *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008*

La importancia de considerar la taxonomía II, dominio, clases y diagnósticos de la NANDA, radica en que ha servido para estandarizar el lenguaje enfermero lo cual permite definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico y el intercambio de opiniones sobre las necesidades de la persona cuidada, y poder definir un plan de cuidados, unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución.

## **8. PATOLOGÍA**

### **Diabetes Gestacional en el Embarazo**

Definición: La diabetes gestacional se define como la intolerancia a carbohidratos que se detecta por primera vez en el embarazo, independientemente de que requiera insulina o no y de que persista después del parto

Esta definición incluye a mujeres que desarrollan diabetes durante el embarazo, como aquellas que la padecen desde antes, pero no habían sido diagnosticadas, por lo tanto resuelto el embarazo alrededor de la sexta semana posparto, se realizan una prueba de reclasificación, mediante una curva de tolerancia a la glucosa, con carga oral de 75 gr y criterios diagnósticos existentes.

Existen dos grupos de mujeres en quienes se asocia la diabetes con el embarazo. El primer grupo lo constituyen diabéticas identificadas que se embarazan y se les denomina diabéticas pregestacional en las cuales es indispensable un consejo preconcepcional para valorar la factibilidad del embarazo y por otro la planificación del mismo ya que el objetivo primordial es lograr un buen control metabólico antes y durante la gestación.

El segundo grupo está formado por mujeres en quienes se les descubre la enfermedad en el embarazo y se les denomina diabéticas gestacionales.

## Epidemiología

La incidencia de diabetes gestacional a nivel mundial oscila entre 1 y 5%. En nuestro país, la diabetes gestacional alcanza una frecuencia entre 1 y 2% de los embarazos y la mortalidad perinatal en la diabética gestante es 10 veces mayor que en la embarazada no diabética, aunque hay que señalar que en los últimos años, se ha obtenido una reducción en la morbi-mortalidad perinatal, mediante un control más estricto del padecimiento, mejores métodos para la vigilancia intensiva del feto, decisiones más oportunas y adecuadas en la interrupción del embarazo, además de los adelantos en los cuidados del RN. Cabe señalar que los estudios epidemiológicos tienen una amplia variación en los resultados de acuerdo con la raza, el área geográfica, predisposición genética, métodos utilizados para la detección, marcadores obstétricos de alto riesgo, como RN macrósómicos, malformaciones congénitas, óbito, aborto. Sin embargo los dos factores más importantes asociados a la diabetes gestacional parecen ser la edad y la obesidad.

En cuanto a los antecedentes de diabetes gestacional, el 97% de las pacientes con diabetes gestacional tendrán normal la prueba de reclasificación al término del embarazo<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> O, Sullivan, *Enfermería Materno Infantil*

## **Morbilidad y mortalidad perinatales**

La mortalidad perinatal en la actualidad a nivel mundial continúa siendo alta, alrededor de 2% al 5% de las malformaciones congénitas en hijos de madres diabéticas son de dos a tres veces más frecuentes que en la población en general.

En relación a la muerte fetal, en el pasado ocurrían óbitos súbitos no explicados en un 10 a 30% de los embarazos complicados por diabetes sacarina insulino dependiente (DDM). Aunque relativamente raras en la actualidad, tales pérdidas todavía afectan los embarazos de pacientes que no reciben cuidados óptimos. Se han observado las muertes fetales con mayor frecuencia después de la semana 36 de embarazo en pacientes con enfermedad vascular y preeclampsia, o en aquellas con una mala regularización de la glucemia y que presentan macrosomia fetal y Polihidramnios.

La diabetes materna pudiera producir alteraciones en la liberación fetal del oxígeno eritrocítico y el riesgo sanguíneo placentario.

Se cree que un menor riesgo sanguíneo uterino contribuye a la mayor incidencia de retraso del crecimiento intrauterino que se observa en embarazos complicados por vasculopatía diabética. También se han sugerido una relación entre el control metabólico materno inadecuado y disminución del riego sanguíneo útero placentario. La hipovolemia e hipotensión causadas por la deshidratación pudiera disminuir el flujo a través del espacio intervelloso.

Las alteraciones del metabolismo de carbohidratos del feto también pueden contribuir a la asfixia intrauterina. La hiperinsulinemia inducida en fetos de cordero por la inyección de insulina exógena, produce un aumento del consumo de oxígeno y disminución de su contenido arterial. Así, la hiperinsulinemia fetal en la diabética aumenta la tasa metabólica y los requerimientos del oxígeno en presencia de varios factores como hiperglucemia, cetoacidosis y vasculopatía materna, que pueden disminuir el riego sanguíneo placentario y la oxigenación fetal.

Cuando la diabetes y el embarazo coexisten se puede utilizar el sistema de clasificación de la Dra. Priscilla White, que tiene como base la edad de inicio de la enfermedad, su duración y la presencia de alteraciones vasculares lo que le da un valor al pronóstico del embarazo.

Clasificación:

- A1.- La paciente se controla solo con dieta.
- A2.- Requiere de insulina para disminuir la hiperglucemia postprandial.

A1: Se han tomado consideraciones acerca de que aquellas mujeres que solo requieren dieta para lograr niveles de glucemia, tienen una disminución significativa de mortalidad perinatal.

A2: Sin embargo las diabéticas gestacionales que requieren insulina para su control, tienen pobre resultado perinatal. Esto refleja la necesidad de controlar la



hiperglucemia lo más pronto posible con insulina y con un esquema que contemple niveles de glucosa plasmática tanto en ayuno como pos-prandial.

### **Fisiopatología**

Durante el embarazo normal, el metabolismo materno se ajusta para brindar nutrición adecuada a la madre y la unidad fetoplacentaria en crecimiento. En etapas tempranas de la gestación, la homeostasis de la glucosa se ve modificada por aumento de estrógenos y progesterona, que causan hiperplasia de las células beta pancreática y mayor secreción de insulina. Con una mayor utilización periférica de glucosa, las cifras de glucemia en ayuno disminuyen. Aumenta el depósito de glucógeno en tejidos periféricos, acompañado por disminución de la producción de glucosa en el hígado. Las diabéticas insulino dependientes, suelen experimentar periodos de hipoglucemia en el primer trimestre, además las cifras maternas de aminoácidos circulantes están disminuidas, en tanto que las de los ácidos grasos, triglicéridos y cetonas aumentados. Los mecanismos maternos para contrarrestar este estado de inanición acelerada –incluyen catabolismo proteico y gluconeogénesis acelerada.

La actividad del láctogeno placentario humano, produce una parte del estado diabétogénico del embarazo. En la embarazada normal, la homeostasis de la glucosa se mantiene por una aceleración de la producción y liberación de insulina que se acompaña por una menor sensibilidad a esta, el glucagón que tiene actividad glucógeno-lítica y glucógeno genética parece contribuir un poco al

estrés diabetogénico del embarazo. En la embarazada normal, las cifras de glucagón parecen ser suprimidas en respuesta a la administración de glucosa dando como resultado una anabolía. Conforme crece la placenta, se sintetiza cantidades mayores de factores antiinsulínicos. Si la embarazada tiene una reserva pancreática limítrofe, es obesa y por tanto resistente a la insulina, es posible que la producción endógena de la hormona sea inadecuada.

La glucosa materna parece pasar al feto por difusión facilitada por acarreadores. Las cifras de glucemia fetal suelen mantenerse de 20 a 30 mg/dl por debajo de las de la madre: hay una estrecha relación entre la captación de glucosa fetal y las cifras de ésta en sangre materna.

Durante el embarazo en la diabética, los periodos de hiperglucemia causan hiperglucemia fetal. Otros potentes secretagogos de insulina como los aminoácidos, pueden estar incrementados en el suero de la diabética y ser transferidos en mayor cantidad al feto: Estos nutrimentos tienen participación en la inducción de un crecimiento fetal excesivo. El hiperinsulinismo contribuye al mayor riesgo de muerte intrauterina y al síndrome de insuficiencia respiratoria.

## **Diagnóstico de la diabetes gestacional**

Por lo general se hace durante la segunda mitad del embarazo. Debido a que las demandas de nutrientes del feto se elevan durante el final del segundo y tercer trimestre, la ingesta de nutrientes de la madre provoca niveles mayores y más sostenidos de glucemia. Al mismo tiempo, la resistencia materna a la insulina se eleva debido a los efectos antagonistas de la insulina, de las hormonas placentarias, el cortisol y la insulinasa.

La American Diabetes Association y la Third international workshop-Conference on Gestational Diabetes recomendaron la vigilancia de todas las mujeres embarazadas entre las 24-28 semanas de gestación; a las que tienen factores de riesgo para DMG identificados, se les realizan determinaciones antes en el embarazo.

Existen tres criterios para realizar el diagnóstico de diabetes durante el embarazo.

1. Elevación inequívoca de la glucosa plasmática, de 200mg/100ml o mayor y síntomas clásicos de diabetes como polidipsia, polifagia, poliuria y puede o no haber pérdida de peso.
2. Glucosa plasmática en ayuno de 140mg/100ml o mayor en dos ocasiones diferentes.
3. Curva de tolerancia a la glucosa (actualmente se considera el diagnóstico más certero).

## **Curva de tolerancia a la glucosa**

Sobrecarga oral de 100g de glucosa no obstante, la Organización mundial de la salud propone efectuarse la carga de 150g. Los criterios diagnósticos son semejantes en embarazadas y personas sin embarazo; debe realizarse entre 7 y 9 de la mañana, después de 4 horas de ayuno y de tres días de haber ingerido una dieta que contenga mínimo 150g de carbohidratos; hay que practicarla en pacientes ambulatorios, con actividad física normal; el reposo prolongado, la hospitalización modifican la prueba; durante la prueba la mujer debe estar en reposo, sentada, sin fumar ni ingerir café; finalmente no deben haber ingerido con anterioridad medicamentos capaces de modificar la prueba, como diuréticos, antihipertensivos, analgésicos, antiinflamatorios, esteroides, hormonas tiroideas y psicotrópicos.

En la actualidad la mayor parte de las muestras para determinación de glucosa son de plasma y en algunos casos de suero. Si se obtiene una sola cifra alterada se recomienda repetir la curva de tolerancia a la glucosa en un lapso de dos a cuatro semanas; la paciente con un solo valor alterado principalmente si es el de las 2 horas poscarga, tiene riesgo de morbilidad perinatal semejante a un diagnóstico establecido de diabetes.

## **Factores de riesgo**

- Obesidad.
- Antecedentes de diabetes en la familia.
- Haber dado a luz a un producto macrosómico.
- Producto con malformaciones congénitas
- Producto obitado
- Polihidramnios
- Edad: mujeres mayores de 25 años
- Antecedentes de abortos

A la persona sospechosa de padecer Diabetes Gestacional, se le debe practicar la prueba de tamiz o de escrutinio, que consiste en la obtención de una muestra sanguínea antes de la ingestión de una carga de glucosa de 50g y la toma de una segunda muestra 60 minutos después. Este estudio no requiere dieta previa y se considera positivo cuando el resultado de la segunda muestra es mayor o igual a 140mg/dl. Con este método se pueden identificar hasta 78% de las diabetes gestacionales.

## **Riesgos maternos y fetales**

De forma similar a lo que sucede con la diabetes pregestacional, la clave para el resultado favorable del embarazo para la madre y el feto es que se logre el estricto control de la glucemia tan pronto como sea posible durante el embarazo. La mujer que mantiene un control de glucemia estricto durante la gestación con niveles de

glucosa en ayuno y postprandiales normales tiene un riesgo de mortalidad perinatal comparable con el de la mujer que no tiene diabetes.<sup>19</sup>

Riesgos maternos: Preeclampsia, infección del tracto urinario, cesárea, utilización de fórceps, diabetes manifestada en el futuro.

Riesgos fetales: muerte fetal y mortalidad neonatal, macrosomía, distocia de hombro, riesgo elevado de hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia, e hiperbilirrubinemia neonatal.

El bebé de una mujer diabética gestacional tiene más posibilidades de ser obeso en la infancia o más adelante en su vida y riesgo elevado de defectos del sistema cardiovascular.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Thompson et al, 1994, *Obstetricia para la Enfermera Profesional*

<sup>20</sup> Becerra et al 1990, *Obstetricia para la Enfermera Profesional*

## Tratamiento

### *Control del embarazo*

El objetivo del tratamiento es mantener niveles de glucosa adecuados, durante las 24 horas del día para disminuir complicaciones en la madre y en su hijo. Los hipoglucemiantes orales están contraindicados, ya que atraviesan la barrera placentaria y pueden incrementar el hiperinsulinismo fetal (favoreciendo el desarrollo de macrosomía fetal e hipoglucemia neonatales) y por su posible acción teratogénica.

### **Niveles de glucosa plasmática ideales en una paciente con Diabetes y embarazo**

<b>Tiempo</b>	<b>mg/100ml</b>
Antes del desayuno	60-105
Antes de la comida, cena y colación nocturna	60-105
Después de los alimentos; 20 y 120 min.	<120-140

El plan de alimentación en el tratamiento tiene como objetivo aportar los requerimientos calóricos y nutricionales para cubrir las necesidades del embarazo y a su vez mantener valores de glucosa sanguínea. Se sugiere utilizar 30-35

Kcal/kg de peso ideal/día (si la paciente es obesa no superar las 30 Kcal/kg de peso ideal/día).

La paciente debe autoanalizar los niveles de glucemia pre y postprandial una vez a la semana. Si la glucemia basal es superior a 105mg/dl y/o la postprandial es superior a 120mg/dl en dos o más ocasiones, se indica tratamiento insulínico.

La insulina recomendada es la humana, para disminuir la posibilidad de problemas en relación con la formación de anticuerpos. Con respecto a la dosis de insulina no existe unanimidad. Se recomienda utilizar 0,2-0,5 UI/kg/día) repartidas en dos dosis de insulina intermedia (2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena) a la que se añadirá insulina regular (3-6 UI, aproximadamente) si en los sucesivos controles las glucemias postprandiales son superiores a 120 mg/dl.

La paciente debe recibir su consulta cada tres semanas hasta la semana 32 y luego cada 15 días hasta la semana 38 y después cada semana hasta la terminación del embarazo. Es conveniente que se practique una ecografía cada mes y una cardiotocografía sin esfuerzo a la semana 36. Durante la gestación debe prestarse una atención preponderante a los siguientes puntos:

- Control ultrasonográfico mensual (para detectar precozmente desarrollo fetal retardado).
- Control de movimientos fetales por la gestante, 1 o 2 veces por semana; la mujer, semisentada, contará los movimientos fetales en una hora y si son



menos de cinco, debe consultar al médico para practicar una cardiotocografía.

- Detección precoz del sufrimiento fetal intrauterino.

## **Ejercicio**

Una cantidad moderada de ejercicio es una parte importante en el diabético, favorece el uso de glucosa y puede disminuir la cantidad de insulina, estimula y mejora la circulación ayudando a mantener el tono muscular y previene la obesidad.

Esta es un área de controversia, porque algunos expertos sostienen que el ejercicio es una terapia alternativa importante para la DMG ( Mulford et al; 1993). La forma seleccionada de ejercicio no debe estimular la actividad uterina; en la diabetes gestacional se recomienda la ergometría de brazos o los paseos.

**Control metabólico durante el parto:** El día previo a la inducción, la dieta y la insulina deben continuar normalmente.

La mañana de la inducción, se debe suspender la dieta y la insulina, se debe hacer determinación de glucosa cada hora, tratando de mantener las cifras entre 60-110mg/dl y si la glucosa es mayor, se deben añadir 10 unidades de insulina rápida a 1000ml de solución mixta (125ml/hora) .

En los trabajos de parto espontáneos se debe seguir el mismo procedimiento.

Los requerimientos de insulina acción rápida se deben calcular de acuerdo a los valores de glucemia, a saber:

150-200 mg/dl	2 UI	de insulina subcutánea
201-250 mg/dl	4 UI	De insulina subcutánea
251-300 mg/dl	6 UI	De insulina subcutánea
+ 301 mg/dl	8 UI	De insulina subcutánea

### **Manejo Postparto**

Alrededor del 98% de las mujeres con diabetes pregestacional revierten a la normoglicemia en el postparto; sin embargo es más probable que las que requirieron insulino terapia durante el embarazo presenten una intolerancia a la glucosa al comienzo del postparto. De cuatro a seis semanas después del parto o cuando se interrumpa la lactancia debe hacerse una prueba de tolerancia a la glucosa con una carga de 75 gr para valorar la intolerancia a los carbohidratos. Las mujeres que tengan resultados anormales se derivan a un diabetólogo para su seguimiento.

## **Normas para el seguimiento del embarazo en la mujer diabética**

### **Primera consulta:**

- Historia clínica completa detectando factores de riesgo (diabetes gestacional, tipo II y sus complicaciones)
- Información a la paciente sobre la patología y sus posibles consecuencias durante la gestación.
- Instruir a la paciente sobre la importancia de un adecuado control metabólico y fomentar el autocontrol domiciliario (glucemia capilar)
- Solicitar el apoyo de un equipo multidisciplinario (que incluya internista, perinatólogo, endocrinólogo, nutriólogo y trabajadora social).
- Exámenes de laboratorio: pruebas de función renal, urocultivo y de ser posible hemoglobina glucosilada.
- Ultrasonografía obstétrica, principalmente en el segundo trimestre de gestación.
- Citar a la paciente a la brevedad posible con resultados de laboratorio y gabinete.

## Segunda consulta:

- Revisión de exámenes de laboratorio.
- La atención estará dirigida a los resultados de hemoglobina glucosilada debido a que valores mayores de 3.5 se asocian con riesgo de anomalías congénitas en el 22% de los casos.
- Durante el primer trimestre las consultas prenatales deben realizarse cada tres semanas.
- Los embarazos complicados con diabetes conllevan a contraer defectos del cierre del tubo neural. Por este motivo, es importante la determinación de AFP. Principalmente entre las semanas 16 y 18 de gestación.
- Ultrasonido: Se debe realizar a todas las pacientes diabéticas durante el segundo trimestre de la gestación y antes de las 18 semanas con la finalidad de detectar oportunamente malformaciones congénitas.

I). Anormal: es útil para establecer criterios de interrupción de embarazo.

II). Normal: se repite cada cuatro semanas para detectar; complicaciones como retardo en el crecimiento intrauterino, macrosomia, polihidramnios y valorar crecimiento fetal.

### **Tercera consulta:**

Las citas deben realizarse cada semana.

Los principales riesgos en esta etapa incluyen la muerte fetal intrauterina (principalmente después de las 36 semanas de gestación), complicaciones obstétricas con probabilidad de parto prematuro y distocias del parto.

Los objetivos primordiales son: el mantener un adecuado control metabólico y la valoración continúa del bienestar fetal.

- Determinar edad gestacional y características placentarias y de líquido amniótico.
- Determinación de espesor de panículo adiposo (EPA).
- Semanas 32 a 37 0.6 centímetros.
- Más de 38 semanas 0.7 centímetros.

Cifras mayores a las informadas pueden indicar macrosomia fetal y la resolución del embarazo será por vía abdominal.

Monitorización electrónica fetal:

- Prueba sin estrés a partir de las 28 semanas de gestación una vez a la semana y después de la semana 32 dos veces por semana.
- En pacientes candidatas a parto vaginal se debe realizar la prueba de tolerancia a la toxina (PTO): PTO positiva = cesárea.

- PTO negativa = monitorización fetal durante todo el trabajo de parto.

Pruebas de madurez pulmonar:

El síndrome de dificultad respiratoria es cinco o seis veces más frecuente en hijos de madres diabéticas, debido a la interferencia de la glucosa en la formación de glicerol y el efecto inhibitor de la insulina sobre enzimas que intervienen en la producción de surfactante pulmonar.

## **9. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **9.1 Presentación del caso**

Paciente en el área de hospitalización cursando 6 horas de posoperatorio de cesárea, donde dio a luz producto único vivo masculino que peso 4,770kg. Apgar 3/5, talla de 56 cm. Que se encuentra en el área de neonatos por presentar Sx. De dificultad respiratoria. A la valoración clínica de M.C.E. se le observa obesa, con involución uterina satisfactoria, expulsando loquios en moderada cantidad, destroxitis prepandiales de 130mg/dl, en relación a su estado emocional manifiesta estar preocupada por su bebé, toda vez que la dinámica familiar no es favorable ya que vive con su suegra, porque su esposo la abandono cinco meses atrás, ella no tiene trabajo ya que fue despedida por la persona que la tenia contratada para vender tamales por la tarde, por estar embarazada. En cuanto a sus hábitos alimenticios; estos son deficientes en cantidad y calidad ya que son a base de carbohidratos y grasas, y un alto consumo de refrescos y pobre aporte de proteínas tanto de origen animal como vegetal, así como de frutas y verduras.

## **9.2 Historia clínica de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia**

### **Henderson**

Nombre: M.C.E. de 30 años de edad, estado civil separada, escolaridad secundaria, de religión católica y se dedica al hogar.

Oxigenación: A la auscultación no presenta alteración en el intercambio gaseoso frecuencia respiratoria de 22x',

Nutrición /hidratación: En lo referente a la nutrición se encuentra alterada ya que sus hábitos alimenticios son deficientes en cantidad y calidad , constituidos básicamente por grasas y un alto contenido de carbohidratos, y muy pobre aporte de proteínas tanto de origen animal como vegetal, así como de frutas lo que le resultan en una obesidad mórbida.

Eliminación: Refiere que evacua una vez al día sin problemas.

Movilidad: Se observan problemas de movilidad a consecuencia del sobrepeso, lo cual no le permite una postura adecuada.

Reposo/sueño: M. refiere tener sueño y estar cansada, del trabajo de parto previo a la operación cesárea.

Vestido: no valorable en virtud de que al momento de la entrevista portaba camisión institucional.

Termorregulación: Normal cuantificada con termómetro axilar de 36.5 G°.

Higiene: Se observa limpia con la piel seca, refiere bañarse todos los días con cambio de ropa, aseo bucal dos veces al día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Evitar peligros: Ella tiene una autoimagen muy desvalorizada, con autoestima baja y manifiesta sentirse sola, por el abandono de su esposo con sentimientos de culpa, lo cual le produce llanto y enojo.

Comunicación: M.C es capaz de expresar sus emociones lo cual favorece la resolución de su proceso de duelo por el abandono.

Religión /creencias: Ella refiere tener fe en Dios en que podrá superar con su ayuda todos los problemas que ella tiene. Nos refirió que al salir y sentirse mejor acudirá a la Villa para pedir que su hijo se ponga bien.

Trabajo/realización: Ella se siente angustiada porque perdió su trabajo y en el momento esta viviendo con su suegra y no sabe cómo va a resolver su vida en adelante.

Recreación: No tiene actividades de recreación ya que ocupa la mayor parte de su tiempo en trabajar, para solventar sus gastos que se incrementaron con el nacimiento de su hijo.

Aprender: Ella refiere sentirse angustiada porque desconoce su patología y su tratamiento a seguir y si se podrá curar.



### 9.3 Plan de Atención de Enfermería

#### Diagnostico 1

**Necesidad alterada:** 14 aprender

**Falta de:** conocimiento

**Dominio 1:** Promoción de la salud      **Clase 2:** Manejo de la salud

**Valoración:** Desconoce la enfermedad DMG y por consecuencia no sabe cómo debe hacer el manejo de su salud.

**Diagnóstico de Enfermería:** 00162 Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico relacionado con la DMG manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad.

**Objetivo:** Conocimiento de la DMG y terapéutica a seguir en el puerperio.

#### Intervenciones de enfermería

##### Independientes

- Brindar información relacionada con el proceso de enfermedad de Diabetes Mellitus Gestacional.

Fundamento: Una comprensión adecuada de la DMG, su tratamiento y las secuelas potenciales promoverán el cumplimiento del plan de cuidados.

La comprensión también ayuda a disminuir el temor y la ansiedad

- Facilitar el aprendizaje acerca de los cuidados en el puerperio con DMG.

Fundamento: El conocimiento de los cuidados a seguir le da seguridad a la paciente lo cual favorece su pronta recuperación.

- Fomentar la implicación familiar

Fundamento: La integración familiar proporciona interacción social estimulación mental y motivación.

- Fomentar el ejercicio.

Fundamento: Desarrollar fuerza, movilidad y equilibrio neuromuscular; mejora el funcionamiento de sistemas y aparatos del organismo; favorece el descanso y sueño; y disminuye estado de ansiedad.

- Asesoramiento nutricional.

Fundamento: Una dieta equilibrada comprende alimentos de elección que proporcionen cantidades suficiente de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

Evaluación: M.C.E Al tener el conocimiento del proceso salud enfermedad y terapéutica a seguir la paciente adquiere mayor seguridad en sí misma y se muestra optimista.

## **Diagnóstico 2**

**Necesidad alterada:** 5 Reposo/sueño

**Falta de:** Fuerza

**Dominio 4:** Actividad/Reposo

**Clase 3:** Equilibrio de la energía.

**Valoración:** La paciente manifiesta cansancio y sueño.

**Diagnóstico de enfermería:** 00093 Fatiga, relacionada con el procedimiento quirúrgico (cesárea) manifestada por cansancio y somnolencia.

Objetivo: La paciente lograra disminuir la fatiga, favoreciendo así los patrones de sueño y relajación para controlar la energía necesaria e iniciar, mantener sus actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal.

### **Intervenciones de Enfermería:**

#### **Independientes**

- Fomentar los ejercicios de relajación.

Fundamento: la relajación es el alivio de la tensión muscular y nerviosa, es la liberación de la fatiga, el estado de estar relajado, el retorno al equilibrio y la paz mental.

- Musicoterapia.

Fundamento: es un elemento de comunicación no verbal a través del cual manifestamos diversas actitudes y sentimientos, y con ella se pueden

revivir grandes recuerdos y al mismo tiempo cambiar el estado de ánimo además promueve la relajación.

### **Interdependiente**

- Masaje simple
- Fundamento: El masaje es un sistema de contacto terapéutico en el que el tacto, además lograr efectos fisiológicos, estimula y gratifica emocionalmente, dado que una de las funciones de la piel es recibir impresiones mediante receptores específicos y corpúsculos reactivos.

### **Independiente**

- Relajación muscular

Fundamento: La relajación reduce el malestar y la ansiedad, prestando atención y adquiriendo conciencia de las sensaciones de tensión y de relajación de los principales grupos musculares del cuerpo

### **Interdependiente**

- Terapia artística

Fundamento: La terapia artística mejora a la persona en su coordinación, concentración, conciencia del entorno y le permite tener un sentido de logro y satisfacción.

### **Independiente**

- Que duerma 8 horas mínimo.

Fundamento: El sueño como parte del ciclo vigilia-sueño, es una de las formas para recuperar la energía perdida durante el día y, por tanto, generar descanso físico y mental

### **Independiente**

- Fomentar el descanso durante el día.

Fundamento: El descanso es una necesidad fisiológica, que al ser satisfecha genera una mejor actitud frente a los desafíos cotidianos

### **Interdependiente**

- Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Fundamento: Para conservar el equilibrio hídrico y eliminar las toxinas del organismo se requiere 70% de agua

### **Independiente**

- Manejo de energía.

Fundamento: La regulación del uso de la energía, evita la fatiga y mejora las funciones.

Evaluación: Al término de la sesión de musicoterapia, masaje corporal y descanso, la paciente se encuentra relajada, tranquila, disminuyendo con ello su angustia.

### **Diagnóstico 3**

**Necesidad altera:** 12 Realización

**Falta de:** Voluntad

**Dominio 6:** Autopercepción

**Clase 2:** Autoestima

**Valoración:** M.C.E. manifiesta que su pareja la abandono por su aspecto corporal.

**Diagnóstico de Enfermería:** 00120 Baja autoestima situacional, relacionada con su aspecto corporal manifestado por verbalizaciones autonegativas.

**Objetivo:** M.C.E. será capaz de manifestarse como persona importante favoreciendo la elevación de su autoestima.

**Intervenciones de Enfermería:**

#### **Interdependiente**

- Aumentar el afrontamiento.

Fundamento: Al aumentar el afrontamiento se favorece una conducta adaptativa y habilidad para la resolución de problemas y roles de vida

#### **Independiente**

- Fomentar la autoaceptación

Fundamento: La autoaceptación nos permite identificar nuestras capacidades y fortalezas para aceptar los retos, orientar nuestra auto-realización, hacer madurar nuestra personalidad y aceptarnos tal como somos.

### **Independiente**

- Que lleve un programa de ejercicios.

FUNDAMENTO: El ejercicio desarrolla fuerza, movilidad y equilibrio neuromuscular; mejora el funcionamiento de sistemas y aparatos del organismo; favorece el descanso y el sueño y disminuye estados de ansiedad.

### **Interdependiente**

- Orientación sobre una dieta balanceada.

Fundamento: Una dieta balanceada proporciona nutrición y energía para el mantenimiento de órganos, tejidos y células del cuerpo.

### **Independiente**

- Fomentar la vida social.

Fundamento La socialización modifica la conducta por la intervención de los otros individuos en una secuencia de relaciones igual a aprendizaje, además fundamenta la percepción, la motivación, el aprendizaje y la adaptación por el intercambio de reglas y creencia.

### **Interdependiente**

- Sugerirle que asista a grupos de auto ayuda.

Fundamento: Los grupos de autoayuda proporcionan esperanza y control sobre los problemas y apoyo social para afrontar el sufrimiento.

**Evaluación:** Al tener la información M.C.E. muestra un mejor estado de ánimo.

## **Diagnóstico 4**

**Necesidad altera:** 9 Necesidad de evitar riesgos y peligros

**Falta de:** Fuerza

**Dominio 7:** Rol/Relaciones

**Clase 2:** Relaciones Familiares

**Valoración:** La paciente expresa que no va a poder sola con la situación que se le presenta.

**Diagnóstico de Enfermería:** 00060 Interrupción de los procesos familiares, relacionado con crisis situacional transitoria, por el abandono de su pareja, manifestado por incapacidad para adaptarse al cambio.

**Objetivo:** M.C.E. Sera capaz de afrontar los factores estresantes que comprometen su estabilidad familiar.

**Intervenciones de Enfermería:**

### **Independiente**

- Promover el afrontamiento.

Fundamento: Al promover el afrontamiento se favorece una conducta adaptativa y habilidad para la resolución de problemas y roles de vida.



### **Independiente**

- Apoyo emocional.

Fundamento: Permite al ser humano darse cuenta de los recursos que tiene para afrontar los conflictos que se presenten en su vida y de esta manera resolverlos.

### ***Independiente***

- Facilitar el duelo.(permitir la expresión emotiva de su experiencia de abandono)

Fundamento: Permite a las personas salir del problema en el que se encuentra.

### **Independiente**

- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.

Fundamento: Permite a la persona a hacerse responsable de sus actos.

### **Independiente**

- Se concientizara a la paciente acerca de su valiosa participación para superar la crisis situacional transitoria.

Fundamento: Ningún ser humano puede superar sus conflictos si no está dispuesto a hacerlo.

### **Independiente**

- Informar a la paciente que en las delegaciones existen programas de apoyo económico y grupos de autoayuda a madres solteras.

**Evaluación:** Al establecerse la empatía, M. pudo contactar y expresar sus emociones, manifiesta incluso por el llanto refiriendo sentirse al término de la intervención, más tranquila con la sensación de quitarse un peso de encima.

## **Diagnóstico 5**

**Necesidad alterada:** 2 Nutrición

**Falta de:** Fuerza psíquica.

**Dominio 2:** Nutrición

**Clase 1:** Ingestión

**Valoración:** Obesidad por ingesta abundante de carbohidratos y malos hábitos alimenticios

**Diagnóstico de Enfermería:** 00001 Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con un aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por un índice de masa corporal del 51%.

**Objetivo:** Conseguir y mantener un peso corporal óptimo, mediante una nutrición balanceada y modificar los hábitos alimenticios.

**Intervenciones de enfermería:**

### **Interdependiente**

- Elaboración de un plan nutricional con los requerimientos necesarios y de acuerdo a sus posibilidades.

Fundamento: Alimentarse en forma equilibrada le permite al individuo mantenerse saludable, esto equivale a poder realizar las actividades

diarias sin sensaciones desagradables de embotamiento mental y agotamiento físico.

### **Independiente**

- Establecer un horario e alimentos.

Fundamento: Respetar el horario de alimentos favorece la digestión y el consumo necesario de nutrientes que requiere el organismo para mantener su función y el peso adecuado.

### **Independiente**

- Preparación de alimentos en una presentación agradable

Fundamentos: Induce a una mejor aceptación de los mismos.

### **Independiente**

- Fomentar el consumo de líquidos

Fundamento: El organismo pierde agua por distintas vías esta agua ha de ser recuperada compensando las pérdidas con la ingesta y evitando así la deshidratación.

### **Independiente**

- Establecer una rutina diaria de ejercicios.

Fundamento: El ejercicio acelera el metabolismo, esto ayuda a consumir más calorías y a disminuir los niveles de estrés.

### **Independiente**

- Facilitar la autorresponsabilidad.

Fundamento: El tener conciencia del funcionamiento de su organismo y de la manera como puede corregir sus desajustes le hará estar en equilibrio.

**Evaluación:** Al término de la sesión enseñanza- aprendizaje, acerca de la importancia de una nutrición balanceada y de una rutina de ejercicio para una adecuada salud mental y física, M. se muestra entusiasta y disminuye su estado de ansiedad.

## **Diagnóstico 6**

**Necesidad alterada:** 4 Movilidad

**Falta de:** Voluntad

**Dominio 4:** Actividad/reposo

**Clase 2:** Actividad/ejercicio

**Valoración:** paciente sedentaria con peso de 115 kg.

**Diagnostico de enfermería:** 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con un índice de masa corporal del 51% y sedentarismo, manifestado por enlentecimiento al realizar sus actividades habituales

Objetivo: Capacidad para moverse y mantener la estabilidad postural adecuada.

**Intervenciones de enfermería:**

**Independiente**

- Fomentar el ejercicio; caminar durante 30 minutos todos los días o tres veces por semana.

Fundamento: El ejercicio combinado con un régimen alimenticio favorece la pérdida de grasa corporal y la circulación.

### **Independiente**

- Fomentar la aplicación de la mecánica corporal.

Fundamento: Tener el cuerpo en posición correcta ayuda a proteger la columna vertebral y a usar su cuerpo en una forma segura.

### **Independiente**

- Fomentar el fortalecimiento muscular.

Fundamentación: Fortalece la musculatura, el metabolismo. Previene las enfermedades relacionadas con el estilo de vida como la diabetes, hipertensión y arterioesclerosis.

**Evaluación:** M. pone en práctica la mecánica corporal en la que se le adiestró y sus movimientos en la dinámica de la deambulación son más seguros y equilibrados.

### **Diagnóstico 7**

**Necesidad alterada:** 13 Recreación.

**Falta de:** Conocimiento

**Dominio 4:** Actividad/reposo

**Clase 2:** Actividad /ejercicio

**Valoración:** La paciente refiere apatía para realizar actividades físicas y recreativas.

**Diagnóstico de Enfermería:** 00097 Déficit de actividades recreativas, relacionado con la ausencia de su pareja, manifestado por aburrimiento y apatía.

**Objetivo:** M.C.E. se interesara por las actividades físicas y recreativas, asistiendo a grupos sociales u organizaciones.

### **Intervenciones de enfermería:**

#### **Independiente**

- Elaborar un plan de actividades recreativas y físicas: como leer, escuchar música, caminar, enseñarle a realizar actividades manuales.

Fundamento: Las actividades recreativas permiten restablecer el equilibrio, psicológico, intelectual y físico.

#### **Independiente**

- Dar a conocer, las actividades recreativas que puede llevar acabo de acuerdo a sus posibilidades y las existentes en el entorno.

#### **Independiente**

- Terapia de juegos.

Fundamento: Las actividades recreativas aumentan, la creatividad, integran al individuo, crean una atmósfera agradable, aumentan la participación, facilitan la comunicación, desarrollan la capacidad de conducción y disminuyen la tensión.

## **Independiente**

- Potenciación de la autoestima.

Fundamento: Una autoestima adecuada, vincula a un concepto positivo de sí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal.

**Evaluación:** M. se muestra interesada en participar, al darle a conocer las diferentes actividades que puede realizar tanto físicas, como recreativas dentro de sus posibilidades.

## **Diagnóstico 8**

**Necesidad alterada:** 12 Realización

**Falta de: Conocimiento**

**Dominio 4:** Actividad/Reposo

**Clase 5:** Autocuidado

**Valoración:** La paciente se mostro, interesada en aprender todo lo referente para su autocuidado.

**Diagnóstico de Enfermería:** 00182 Disposición para mejorar el autocuidado, relacionado con la salud, manifestado por los deseos de aumentar la independencia, en el mantenimiento de la vida.

**Objetivo:** M.C.E. tendrá la habilidad para realizar las actividades, de cuidado de su cuerpo y de las funciones corporales independientemente.

**Intervenciones de Enfermería:**

### **Independiente**

- Fomentar el ejercicio.

Fundamento: La actividad física aumenta el gasto energético y el déficit calórico en las personas que siguen un régimen bajo en calorías.

### **Independiente**

- Manejo de la energía.

Fundamento: Un programa de ejercicios gradual minimiza el malestar y las lesiones y favorece la aceptación del mismo.

### **Interdependiente**

- Manejo de la nutrición

Fundamento: Una dieta baja en grasa y alta en carbohidratos complejos se puede conseguir una pérdida de peso y su mantenimiento a largo plazo.

Aumentar la capacidad del cuidado personal del paciente, mejora su sentido de autonomía e independencia, dando lugar a una sensación de bienestar y aumento de su autoestima.



## 10. PLAN DE ALTA

Nombre: M.C.E.      Edad: 30 años      Peso: 115Kg      Talla: 1.50Mts.

Peso ideal: 41.6 - 56.3

En caso de presentar: sangrado abundante o fiebre acudir a urgencias.

Bañarse todos los días, vigilar que la herida no esté roja, ni caliente si esto ocurre acudir a urgencias

Acudir a su centro de salud a las dos semanas para retiro de puntos.

Acudir al centro de salud a las seis semanas posparto para hacerse una prueba de tolerancia a la glucosa y dar seguimiento en su centro de salud.

Establecer horario de alimentos:

Desayuno 8:30: 1 taza de leche, 2 tortillas o medio bolillo, 1 huevo\*, 1 porción de fruta y verdura la cantidad que guste.

\*El huevo puede ser sustituido por una pieza de pollo, por un filete de pescado o un bistec sin grasa, o por un par de quesadillas al comal.

Colación 11:00: 1 fruta o verdura de esta, última la cantidad que guste.

Comida: 13-14 hrs.: Puede comer 1 pieza de pollo, pescado o carnes rojas sin grasa, estas pueden estar guisados con verduras, 2 tortillas o medio bolillo, 1 fruta, y agua la cantidad que guste

Colación 17:00 hrs: 1 fruta o verdura de esta última la cantidad que guste.

Merienda 19:00hrs. : 1 taza de leche o yogurt, 1 tortilla o medio bolillo o una rebanada de pan integral o 5 galletas marías, 1 fruta y verduras.

Alimentos que no están permitidos: Refrescos, pastas, pasteles, dulces en general, papas, camote y alimentos chatarra.

Frutas que puede consumir una vez por semana: plátano, sandía, tuna.

Las bebidas de bajas calorías (bebidas ligh) deben consumirse en forma controlada.

Es importante tomar por lo menos 8 vasos de agua al día.

Si siente que se queda con hambre puede aumentar la cantidad de verduras.

Si es posible, le recomendamos que se pese una vez por semana y lleve un registro de su peso.

Plan de ejercicio: Inicialmente realizar movimientos activos con ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular durante una semana únicamente.

Ejemplo: Alzar y bajar los brazos con los puños cerrados, balancear la cadera, girar de un lado a otro, apretar los glúteos y las piernas por espacios de 15 minutos, varias veces al día.

Posteriormente incrementar los ejercicios anteriores y agregar caminata por 15 minutos cada día durante una semana e ir incrementando éstos en la medida de su recuperación hasta llegar a 30' diarios.

Realizar ejercicios de relajación para reducir los niveles de estrés.

Ejercicio de relajación: Ponte ropa muy cómoda y descálzate. Pídele ayuda a alguien para que te lea con voz suave y pausada el siguiente discurso: Mientras te vas acostando en el suelo, sobre una colchoneta, toalla o algo que te resulte cómodo.

Una vez acostada que te pongan una música suave sin letra con bajo volumen.

Mientras esto sucede ve poniendo atención a tu respiración, respirando suave y profundamente al tiempo que estas respirando ve cerrando tus ojos, siente ese aire entrar y salir por tu nariz y recorrer todo tu cuerpo .Ahora imagina que estas en un lugar maravilloso, un lugar que puede ser conocido o desconocido real o imaginario pero ahora estas ahí sintiéndote muy tranquila y segura quizás sea un día por la mañana, con una temperatura agradable, un cielo azul limpio, sintiendo la suave caricia del aire sobre tu cuerpo, escuchando quizás los cantos de los pájaros que viven en ese lugar, siente la sensación placentera que esto te

produce, es posible que hasta ti llegue el rumor de un río que discurre cerca de ese lugar y tu estas ahí disfrutando saludablemente, solamente respirando, permanece ahí por unos minutos más sintiendo esa armonía recorrer cada parte de tu cuerpo y cuando estés lista, guardando para ti todas estas sensaciones placenteras, haz dos respiraciones profundas y abre tus ojos suavemente.

Asistir a grupos de autoayuda dentro de su comunidad en cuanto estés recuperada.

Se sugieren actividades recreativas, de acuerdo a sus posibilidades (escuchar música relajante, leer, jugar, bailar entre otras)

*M.C.E. TÚ ERES IMPORTANTE*

## 11. CONCLUSIÓN

Puedo concluir, como profesional de enfermería que el Proceso de atención de Enfermería es un método científico que nos permite brindar a los pacientes una atención individualizada que satisfaga sus necesidades físicas, mentales, emocionales, sociales y espirituales, sin olvidar su entorno, cultural, religioso y familiar. En este sentido conviene recordar que el ser humano es un ser individualizado pero al mismo tiempo forma parte de un todo, es decir vive en un entorno y al mismo tiempo forma parte de el, de ahí que un adecuado autoconocimiento y aceptación de si mismo le lleva a tomar la responsabilidad de su vida, permitiendo con ello su reinserción a su ámbito familiar y social con mejores perspectivas

En el caso de M.C.E., el aplicar el proceso de atención de enfermería permitió detectar sus necesidades en el puerperio con diabetes Mellitus gestacional, y al mismo tiempo elaborar y aplicar estrategias, encaminadas a enseñar y motivar la autorresponsabilidad, sus niveles de afrontamiento, su autocuidado y por consecuencia su autoestima y acceder a una mejor calidad de vida.

## **12. SUGERENCIAS**

Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención. Estos deben ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada , como lo es el Proceso de Atención de Enfermería , utilizando cada vez más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente , porque ninguna persona es igual a otra y cada uno tiene sus necesidades propias, las cuales requieren de atención individualizada y con una visión holística .

El personal de Enfermería debe de estar ante todo con el ser humano, sano o enfermo, con el primero promocionando su salud y con el segundo acompañándolo en su batalla personal contra la enfermedad.

## 13. REFERENCIAS

### Bibliográficas

1. Alfaro, R.  
Aplicación del Proceso Enfermero, fomentar el cuidado en  
colaboración  
5ª. ed. Barcelona (España): Masson 2005  
pág. 4.5.10.11.
2. Cárdenas, L.  
La Profesionalización de la Enfermería en México  
España/México, Pomares 2005 p. 43-56.
3. Carpenito, L.  
Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la práctica clínica  
9ª. ed. España: Mc Graw Hill e Interamericana.
4. Carpenito, L.  
Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería.  
4ª ed. España: Mc. Graw Hill Interamericana 2005  
Pág. 228,229.
5. Colliere, M.  
Promover la Vida.  
Madrid (España), Interamericana España 1993.  
pág. 285-338

6. Deitra LL, Shannon EP, Irene MB.  
Enfermería Materno Infantil.  
Barcelona (España) : Harcourt/Oceano  
pág. 847,-52  
De Toro M.D,  
7. Inteligencia Personal y Vital.  
Madrid – España Visión Net  
pág. 162.  
Fernández.  
8. Enfermería Fundamental.  
España: Masson 2000  
Pág.138  
Flores Vela, C.  
9. Manejo de Temores con Dibujo.  
1ª .ed. México (DF): Panoramica; 2007 pág. 28  
GARCÍA, M.  
10. *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado  
enfermero.* Harcourt. Madrid, 2001.  
pág. 214.  
11. Gerrig RJ, Zimbardo PG.  
Patología y Vida  
17ª ed. EUA: Pearson.



12. *HENDERSON, Virginia*  
*The concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing*  
1978. p. 24
13. Hernández, J.  
Historia de la enfermería.  
España, Mc. Graw Hill. España, p. 57,58 y 81.
14. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC  
Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones  
2ª. México ELSEVIER.
15. Luis, R.  
De la teoría a la práctica “El pensamiento de Virginia Henderson”  
3ª. Barcelona (España), Masson 2005  
Pág. 49-51.
16. Marriner, T.  
Modelos y Teorías de Enfermería.  
4ª ed. México (DF): Interamericana 1999  
Pág. 99, 102, 103, 104,131.
17. Mc. Closkey, J. Bulochek, G.  
Clasificación de Intervenciones de Enfermería.  
3ª. Barcelona Harcourt.
18. NANDA-1  
Diagnósticos Enfermeros 2007-2008

- Madrid (España) Elsevier.
19. Elizondo C.  
Principios Básicos de Salud  
1° ed. México (DF): Limusa; 2005.
  20. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC  
Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones<sup>2ª</sup>. ed. México  
ELSEVIER. 2006.
  21. Polo, S.  
Los duelos en la familia.  
1ª ed. México (DF): ed, MC 2006
  22. Ramírez A.  
Obstetricia para la enfermera profesional  
México (DF): Manual moderno 2002  
pág. 271,273.
  23. Leonard, L.  
Enfermería Materno Infantil.  
6ª ed. España: Harcourt/Océano  
Pág. 852,853.
  24. Rosales,B.  
Fundamentos de Enfermería.  
3ª ed. México (DF): Manual Moderno 2004  
Pág. 138, 139, 297, 294,315.

25. Mendoza, C.  
Antología, Psicoprofilaxis Perinatal  
SUA  
Pág. 97

### **Electrónicas**

26. S/A Diabetes Gestacional  
(Consultado el 23 /sep. 2009)  
Disponible en: [www.cica.es/~samfyc/embarazo.htm](http://www.cica.es/~samfyc/embarazo.htm).
27. ECHEVERRI, Edison. *Enfermería, una profesión de servicio*. 2005  
Consultado el: 21/sep./2009)  
Disponible en:  
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm>.
28. DUEÑAS FUENTES, José Raúl. *El Proceso de atención de Enfermería*. 2000  
Consultado el: 20/sep./2009  
Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.
29. LETELIER, Patricia. *Enfermería como disciplina*. 2007.  
Consultado el: 20/sep./2009  
Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/174732/ENFERMERIA-COMO-DISCIPLINA>.

30. BLANCO F., Santos. *Cuidados en Enfermería*. 2004  
Consultado el: 20/sep./2009  
Disponible en: <http://www.oftalmo.com/enfermeria/enfermeria2004/15.htm>.
31. S/A. *Diagnóstico Enfermero*. 2009.  
Consultado el: 21/sep./2009  
Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Diagnostico\\_enfermero](http://es.wikipedia.org/wiki/Diagnostico_enfermero).
32. Mirodriguez 70  
Ensayo El autoconcepto  
Consultado el : 2/nov./2009  
Disponible: [www.buenastareas.com/.../Autoconcepto/34443.html](http://www.buenastareas.com/.../Autoconcepto/34443.html).
33. NOGUERA O., Norma Y. *Proceso de atención de Enfermería*. Revista de Enfermería. Colombia, 2008.  
Consultado el: 21/sept./2009.  
Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria.htm>
34. NAVARRO E., Ma. De Gpe. *Diagnóstico de Enfermería*. México  
Presentación en formato PPT.  
Consultado el: 21/sep./2009  
Disponible en; <http://www.feoc.ugto.mx/super/obtenga/f0021.ppt>.

35. By the Rector and Visitors of de University of Virginia. Diabetes gestacional Consultado el 22/sep/2009
- Disponible en:
- [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_diabetes\\_sp/gesta.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_diabetes_sp/gesta.cfm).
36. Dursteler JC.
- Visualización de Redes Sociales.
- Consultado: 1/nov./2009
- Disponible: [www.infovis.net](http://www.infovis.net).
37. La juventud y las naciones unidas
- Consultado:2/nov./2009
- Disponible: [www.un.org/esa/socdev/unyin/.../wpayleisure.htm](http://www.un.org/esa/socdev/unyin/.../wpayleisure.htm).*

## 14. ANEXOS

### ANEXO A - EXÁMENES DE LABORATORIO

EXÁMENES	REFERIDOS	VALORES NORMALES
Glucosa	144	100 mg/dl
Triglicéridos	264	0-155 mg/dl
Urea	23	15-45 mg/dl
Proteínas totales	7-9	6.1-7.0mg
Ego glucosa	250mg	Negativo
Albumina	30	
Hgb	15.6	12.2-18mg
Htc.	45.8	37.7-53.7
Plaquetas	103	142-424

## ANEXO B – INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

### INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DEL SER HUMANO BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

#### VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

##### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	M.C.E.	Domicilio:	Desconocido
Edad:	30 años	Sexo:	Femenino
Nacionalidad:	Mexicana	Fecha de nacimiento:	30 de enero de 1979
Ocupación:	Hogar	Escolaridad:	Secundaria
Religión:	Católica	Lugar de origen:	México D.F.
Estado Civil:	Separada	Familiar responsable:	Suegra

##### 2. PERFIL DEL PACIENTE

###### *Ambiente Físico*

Casa propia ( )    Rentada ( )    Prestada ( x )  
No. de habitaciones:                    3  
Tipo de Construcción:                    Tabique y Concreto  
Animales Domésticos:                    Si  
Características Físicas  
(ventilación, iluminación, etc.):    No tiene buena ventilación

###### *Servicios Sanitarios*

Agua Intradomiciliaria ( x )    Hidrante Público ( )    Otros ( )

###### *Eliminación de Desechos*

Drenaje                    ( x )    Fosa Séptica                    ( )    Letrina ( )

Control de basura: La recoge el camión de la basura tres veces a la semana.

*Vías de comunicación*

Pavimentación ( x )    Colectivos            ( x )    Otros            ( x )    Teléfono ( )  
Carreteras            ( )    Metro            ( x )    Camiones ( x )  
Taxi                    ( )    Carro Particular ( )

*Recursos para la salud*

Centro de salud ( x )    IMSS ( )    ISSSTE ( )    Consultorio Particular ( )  
Otro ( )

*Hábitos higiénico-dietéticos*

Aseo

Baño (tipo y frecuencia):    Regadera/diario

Manos (frecuencia):            Antes y después de ir al baño

Bucal (frecuencia):            2 veces al día

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia): Una vez al día

*Alimentación*

Tipo de Alimento	No. de veces a la semana	Observaciones
Carne	2	
Frutas	3	
Leguminosas	7	
Pastas	7	
Leche	2	
Huevo	7	
No. de tortillas	6-8	
No. de piezas de pan	2-3	
Agua (litros o vasos)	1	vaso

*Eliminación*

Horario y características:

Intestinal:    diario/características normales

Vesical:        4-5 veces al día/características normales



*Descanso*

Tipo y frecuencia: Sueño  
Sueño (horario y características): 5-6 horas diarias  
Diversión y/o deportes: Ninguno

*Composición Familiar*

<i>Parentesco</i>	<i>Edad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Participación Económica</i>
Hijo	6	Estudiante	
Suegra	60	Comercio	Ella solventa los gastos

*Dinámica Familiar:* Ama de casa y atención a su hijo

*Comportamiento (Conducta cotidiana)*

Agresivo ( ) Tranquilo ( ) Indiferente ( x ) Alegre ( ) Cooperador ( )

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Grupo y Rh: O Rh Positivo  
Tabaquismo: No  
Alcoholismo: Bebedor social  
Fármaco dependencia: No

*Antecedentes personales; antecedentes heredo familiares patológicos*

Diabetes: SI  
Epilepsia: NO  
H.T.A.: SI  
Cardiopatías: SI  
Nefropatías: NO  
SIDA: NO  
Sífilis: NO  
Enf. Infectocontagiosas NO  
Trastornos Psiquiátricos NO  
Toxoplasmosis NO

Cardiopatías NO  
Antecedentes quirúrgicos NO  
Neuropatías NO  
Antecedentes transfusionales NO  
Antecedentes traumáticos NO

Otros: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 4. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

##### *Cardio Respiratorio*

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

##### *Digestivo*

Apetito ( ) Vómito ( ) Meteorismo ( ) Diarrea ( )  
Normal  
Disminución ( ) Nauseas ( ) Distensión ( ) Hematemesis ( )  
del apetito  
Ruidos ( ) Melena ( ) Pirosis ( ) Dolor ( )  
Peristáltico Abdominal  
Prurito anal ( ) Disfagia ( ) Regurgitaciones ( ) Constipación ( )  
Pujo y  
tenesmo ( )

##### *Genitourinario*

Dolor ( ) Piuria ( ) Dismenorrea ( ) Tenesmo ( )  
Patología ( ) Disuria ( ) Poliuria ( ) Prurito ( )  
mamaria  
Leucorrea ( ) Esgurrimiento ( ) Hematuria ( )  
uretral

Glándulas mamarias: Turgentes

*Nervioso*

Cefalea	( )	Aislamiento	( )	Inconsciencia	( )	Miosis	( )
Temblores	( )	Insomnio	( )	Anisocoria	( )	Depresión	( )
Falta de memoria	( )	Midriasis	( )	Ansiedad	( )		

*Musculoesquelético*

Várices	( )	Crepitación	( )	Artralgias	( )	Hipertrichosis	( )
Hipertiroidismo	( )	Polidipsia	( )	Sudoración	( )	Polifagia	( )
Diabetes	( )	Mialgias	( )	Pérdida de peso	( )	Aumento de peso	( )
Deformidades articulares y musculares	( )	Galactorrea	( )	ROTS	( )		

*Piel y anexo órganos de los sentidos*

Hiperpigmentación	( )	Heridas	( )	Otorrea	( )	Conjuntivitis	( )
Edema	( )	Hipoacusia	( )	Epistaxis	( )	Acné	( )
Prurito	( )	Dolor	( )	Alergias	( )	Rinorrea	( )
Trastornos del Olfato	( )	Dermatosis	( )				

Observaciones:

Compresión y/o comentario acerca de su problema o padecimiento:

5. \_\_\_\_\_ ANT  
ECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarca: 13 años    Telarca: 11 años    Pubarca: 11 años    Ciclos: regulares  
Duración: 5 días    Dismenorrea: no    Incapacitante: no  
Método de control Prenatal:    DIU  
Papanicolaou:    SI    Fecha: No recuerda  
Resultado:    Negativo  
FUR: N/A    FPP: N/A    SDG: No tiene  
Gestas:    3    Paras: 1    Abortos: 1  
Cesáreas:    1    Periodo inter genésico: 6 años  
Vigilancia prenatal: no  
No. de compañeros sexuales:1    Circuncidados: No sabe

### *Historia de embarazos previos*

No. de gestas	Fecha	Parto	Fórceps causa	Cesárea	LUI	Peso del producto	Observaciones
1	8 años	Aborto			Si		
1	6años	1				3.300kg.	

Observaciones:

### *Evolución del embarazo*

Complicaciones en embarazos previos:	No
Embarazos ectópicos:	No
Malformaciones del producto:	No
Muerte neonatal:	No
Embarazo molar:	No
Pre eclampsia:	No
Parto prematuro:	No
Óbito:	No
Infección de vías urinarias	No
Infección genital:	No

### 6. Exploración física

Peso antes del embarazo:	102 Kg.	Peso actual: 115 Kg.
Peso ideal:	41.6 – 56.3 Kg	Sobre peso: 59 Kg.
Estatura:	1.5 m	Pulso: 78
Tensión arterial:	130/70	
Temperatura:	36.5	
Respiración:	22/min	

### *Inspección*

Aspecto físico: consciente, adecuada coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas, mamas turgentes, pezones formados.

### *Palpación*

Cuello sin alteraciones, abdomen, sin datos de irritación peritoneal, útero a nivel de la cicatriz umbilical, loquios de moderada cantidad no fétidos.

### *Percusión*

Peristalsis presente

### *Auscultación*

Ruidos cardiacos sin alteraciones, campos pulmonares bien ventilados.

## **ANEXO C - GLOSARIO**

**Arte:** Es la actividad o producto en los que el ser humano expresa ideas o emociones.

**Autonomía:** Es la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas.

**Ciencia:** Es el conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados.

**Cognitivo:** Es la facultad de los seres de procesar información a partir de la percepción el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar y considerar ciertos aspectos en detrimento de otros.

**Pensamiento Crítico:** Es un proceso activo, organizado y cognitivo empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento y el de los demás.

**Cuidado:** Es el acto de interacción humana, recíproco e integral.

**Deductivo:** Es una forma de razonamiento donde se infiere una conclusión a partir de una o varias premisas.

**Definitoria:** Modelo cognitivo que permite identificar las representaciones proposicionales del grupo con relación al término en estudio.

**Diacono:** Ministro eclesiástico que forma parte del clero, junto al obispo y al sacerdote.

**Disciplina:** Cuerpo ordenado y sistematizado de conocimientos dentro de un área determinada.

**Eficaz:** Que produce el efecto esperado.

**Empírico:** Todo conocimiento humano se debe a la experiencia.

**Ética:** Estudia la moral y determina qué es lo bueno y, como se debe de actuar.

**Holístico.** Significa considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional y espiritual y religiosa.

**Independencia:** Condición o estado de una persona, de una sociedad o de un país, que consiste en ser libre para decidir su conducta, su desarrollo y su historia sin que intervenga nadie.

**Interdependencia:** Dependencia recíproca o mutua entre dos o más cosas, o entre dos o más personas.

**Pensamiento lógico:** Es aquel que se desprende de las relaciones entre los objetos y procede de la propia elaboración del individuo.

**Método:** Se considera una serie de pasos sistemáticos e instrumentos que nos lleva a un conocimiento científico. Estos pasos nos permite llevar a cabo una investigación.

**Moral:** Código de normas que regulan la acción individual y colectiva que se considera correcta.

**Postulado:** Proposición que se admite, aun sin posible demostración, como necesaria para una serie demostrativa.

**Razonamiento:** Conjunto de actividades mentales consistentes en conectar unas ideas con otras de acuerdo a ciertas reglas o también puede referirse al estudio de ese proceso.

**Reflexivo:** Piensa y considera detenidamente un asunto antes de hablar o actuar:

**Sistemático:** Sistema e ideas ligadas lógicamente.

**Sociología:** Ciencia social que se dedica al estudio sistemático de la sociedad, la acción social, la relación social y los grupos que la conforman.

**Subjetivo:** Es todo aquello relativo al sujeto; a nuestro modo de pensar o sentir y no al objeto en sí mismo.

**Teoría:** Explicación extensa sobre un fenómeno o fenómenos, que pueden probarse, verificarse y que cuentan con varias líneas de evidencia.

**Valores:** Son convicciones profundas de los seres humanos que determinan su manera de ser y orientan su conducta.



## **ANEXO D – REFLEXIÓN**

El ser humano, no ha sido arrojado al mundo por un capricho de la naturaleza, tiene cada vida un propósito al existir. Quien crea que el ser humano es como un corcho en medio del océano, moviéndose a capricho de las olas del mar, no ha entendido que la responsabilidad de su vida solo le pertenece a el y que todo lo que vive y ha vivido ha sido siempre su elección, pero el puede elegir, en todo momento, tomar el timón de su barca y conducirla a buen puerto.

No seas esclavo de tu vida, porque tú naciste para ser soberano de ella.