



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA**

**DIRIGIDO A UNA MUJER EMBARAZADA CON ALTERACION DE  
LA NECESIDAD DE ELIMINACION Y EVITAR PELIGROS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**MARIA BARAJAS MENDOZA  
NO. CUENTA: 406113788**

**MAESTRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL  
ASESOR**

**MEXICO D.F.**

**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.

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a la ENEO-UNAM  
Por permitirme crecer y formar  
Licenciadas en Enfermería  
Con espíritu de humanidad*

*Agradezco al Hospital de Tetecala  
Por brindar el campo clínico*

*Agradezco a mi maestra  
Angelina Rivera Montiel  
Por culminar mi trabajo  
De titulación con éxito.*

## DEDICATORIAS

*Dedico a mi trabajo a mi hijo Iván  
Por su comprensión, cariño y apoyo  
Que me brindo durante el tiempo que  
Realice mi licenciatura.*

*Dedico y doy las gracias a mi familia  
Por impulsarme a superarme como  
Enfermera profesional.*

*Dedico a mis compañeras  
Esther, Ángeles y Roció  
Por todo el apoyo, confianza  
Y amistad que me brindaron  
Durante el curso de la licenciatura*

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
Objetivos	
1.1 General	
1.2 Específicos	
<b>II. MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Proceso de Atención de Enfermería</b>	
2.1.1 Concepto	
2.1.2 Antecedentes	
<b>2.1.3 Valoración</b>	<b>3</b>
Concepto	
Objetivo	
Tipos de valoración	
Fuentes de Información	
Métodos y técnicas de valoración	
Instrumentos de registro	
<b>2.1.4 Diagnóstico de enfermería</b>	<b>4</b>
Concepto	
Antecedentes (NANDA)	
Clasificación	
Componentes (Estructura NANDA): Factores relacionados, características definitorias	
Formato PES	
<b>2.1.5 Planeación</b>	<b>14</b>
Concepto	
Objetivo	

Clasificación de las intervenciones	
Criterios de resultado (concepto y objetivo)	
<b>2.1.6 Ejecución</b>	15
Concepto	
Objetivo	
<b>2.1.7 Evaluación</b>	16
Concepto	
Objetivo	
2.2 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson	
2.2.1 Antecedentes de formación	
<b>2.2.2 Principales conceptos</b>	22
Necesidad	
Independencia	
Dependencia	
Rol de enfermería	
Tipos de rol de enfermería	
Causas de dependencias (físicas, psicológicas, espirituales, culturales)	
Las 14 necesidades de Virginia Henderson.	
<b>III. METODOLOGÍA</b>	32
3.1 Valoración	
3.2 Diagnóstico de enfermería	
3.3. Planeación	
3.4 Ejecución	

3.5 Evaluación

**IV. INSTRUMENTACIÓN DEL  
PROCESO DE ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA**

34

4.1 Valoración

4.2 Diagnóstico de enfermería

4.3 Planeación, ejecución y  
evaluación

**V. CONCLUSIONES**

51

**VI. SUGERENCIAS**

52

BIBLIOGRAFÍA

53





## *AGRADECIMIENTOS*

*Agradezco a la ENEO-UNAM  
Por permitirme crecer y formar  
Licenciadas en Enfermería  
Con espíritu de humanidad*

*Agradezco al Hospital de Tetecala  
Por brindar el campo clínico*

*Agradezco a mi maestra  
Angelina Rivera Montiel  
Por culminar mi trabajo  
De titulación con éxito.*

## *DEDICATORIAS*

*Dedico a mi trabajo a mi hijo Iván  
Por su comprensión, cariño y apoyo  
Que me brindo durante el tiempo que  
Realice mi licenciatura.*

*Dedico y doy las gracias a mi familia  
Por impulsarme a superarme como  
Enfermera profesional.*

*Dedico a mis compañeras  
Esther, Ángeles y Roció  
Por todo el apoyo, confianza  
Y amistad que me brindaron  
Durante el curso de la licenciatura*

## DEDICATORIAS

Dedico a mi hijo Ivan por su comprensión y apoyo

Dedico y doy las gracias a mi familia por impulsarme a superarme como Enfermera

Dedico a mis compañeras Esther, Ángeles y Rocío por todo el apoyo, confianza y amistad que recibí de ellas durante el curso de licenciatura.



## INTRODUCCIÓN

La Enfermera en la práctica profesional requiere de disponer conocimientos científicos que orienten y expliquen el por qué de las acciones con una fundamentación teórica. Anteriormente los cuidados de Enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos y estaban más enfocados hacia las enfermedades que a la propia persona, con frecuencia los cuidados se aplicaban guiados por la intuición y no por un método científico.

1

La aplicación del Proceso Atención Enfermería se lleva a cabo dada la necesidad de contar con un método científico que nos permite plasmar la integración de conocimientos clínicos – teóricos – prácticos a problemas relacionados con la salud del ser humano. El objetivo principal es la atención de calidad al individuo sano o enfermo, en forma integral e individualizada basado en el Modelo de Virginia Henderson.

Por ello se han utilizado estos conocimientos en el presente caso clínico aplicado a una persona con un Embarazo de 18.5 SDG con deterioro de eliminación urinaria debido a su infección en el tracto urinario y que a través de este método se han detectado y priorizado las necesidades utilizando una metodología que ofrece al individuo atención individualizada continua y de calidad. Así mismo se da a conocer el Modelo y diseño del Plan de Atención de Enfermería, objetivos que se esperan alcanzar, tiempo material y equipo requerido en esta investigación

Cabe mencionar que el trabajo lo realice con el consentimiento de la señora Estefanía Ventura Ayala permitiendo interactuar con ella y llevado a cabo bajo la más estricta ética profesional.

Se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones necesarias respecto al aprendizaje obtenido. Para finalizar cabe mencionar que las experiencias y conocimientos adquiridos se verán reflejados en mi quehacer profesional y personal, elevando con ello la calidad de los cuidados de Enfermería aplicados a individuos sanos y enfermos.

## **I.OBJETIVOS**

### **1.1.- Objetivo general**

1.1.1 A través del proceso atención enfermero ayudar a la embarazada a satisfacer su necesidad de eliminación urinaria con infección en el tracto urinario.

2

### **1.2.- objetivos específicos**

1.2.1. A través de la valoración obtener datos que permiten identificar.

- La independencia o dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Los problemas que afecten las necesidades.

1.2.2. Con base a los problemas identificados establecer los diagnósticos de enfermería pertinentes.

1.2.3. Mediante los diagnósticos de enfermería identificados, planear los cuidados de enfermería.

1.2.4. Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería planeados.

## II.- MARCO DE REFERENCIA

### 2.1. Proceso atención de enfermería

#### 2.1.1. Antecedentes

“El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actuales. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer contexto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases (Iyer 1997:9).

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras aún en nuestros días.”<sup>1</sup>

#### 2.1.2.- Concepto

- Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.
- Es un método porque, es una serie de pasos mentales a seguir, le permite organizar el trabajo para solucionar problemas con la salud del usuario.
- Es sistemático porque esta conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen a logro de resultados.
- Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

---

<sup>1</sup>RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia Proceso Enfermero 2da ed Pág. 29

- Es intencionado porque el centro el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades) el desempeño de la persona y de la propia enfermera.
- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo
- Es interactivo por requerir de la interrelación enfermera- usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

### **Etapas del proceso atención enfermero**

- “Valoración: recopilar, verificar y organizar los datos.
- Diagnóstico: problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana del individuo.
- Planificación: establecer prioridades, anotar objetivos o respuestas esperadas y escribir actividades del plan de cuidados.
- Ejecución. llevar a cabo las actividades del plan de cuidados<sup>2</sup>
- Evaluación. se valora las respuestas de la persona a las actuaciones y se determina en que medida los objetivos y respuestas esperadas han sido alcanzadas”<sup>3</sup>

#### **2.1.3.- Valoración**

**Concepto:** Es la primera fase del proceso de enfermería, que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicos con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

**Objetivo:** Crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o enfermedad con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente.

---

<sup>2</sup> KOZIER Bárbara. G ERB et’ al Fundamentos de Enfermería conceptos procesos y practica 5ta ed. Pág. 90  
Ibidem Pág. 92

## **Tipos de valoración**

- Valoración inicial. Se realiza después de un ingreso en un centro asistencial sanitario, su propósito es establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras complicaciones
- Valoración focalizada: Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros su propósito es determinar el estado de un problema específico, identificado en la valoración anterior. Identifica problemas nuevos que pasaron desapercibidos
- Valoración de urgencia. Se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente, identifica problemas que amenazan la vida
- Valoración después de un tiempo. Se realiza varios meses después de un estudio inicial su finalidad es comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.

## **Fuentes de información**

- Fuentes directas primarias: el usuario y la familia.
- Fuentes directas secundarias: los amigos y otros profesionales en el área de la salud.
- Fuentes indirectas: expediente clínico y la bibliografía relevante.

## **Métodos y técnicas de valoración**

- entrevista clínica
- observación
- exploración física

## **Técnicas**

- inspección
- palpación
- percusión
- auscultación

## **Instrumentos de registro**

- Informes médicos: historia clínica, exploración física, notas sobre la evaluación y consultas.
- Informes sobre el tratamiento y otros profesionales sanitarios: asistencias sociales, especialistas en nutrición, dietistas o fisioterapeutas.
- Datos de laboratorio. pruebas de laboratorio.

#### **2.1.4.- Diagnóstico de enfermería**

**Concepto:** El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o<sup>4</sup> potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.

#### **Antecedentes NANDA**

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se formó en 1982, sustituyendo al National Conference Group, establecido en 1973. En 2002 el nombre de la asociación se cambió por el NANDA Internacional para reflejar su expansión por todo el mundo.

Hasta la fecha la NANDA ha aprobado 172 diagnósticos para su validación clínica y perfeccionamiento, continua el proceso dinámico de revisión de los diagnósticos y desarrollo de la taxonomía para identificar y clasificar los fenómenos enfermeros.

Los diagnósticos aprobados de la NANDA están incluidos en el unified medical lenguaje system de la national library of medicine y health level y actualmente la NANDA esta trabajando con la American Association para desarrollar un unified nursing lenguaje system.

La NANDA también coopera con el consejo internacional de enfermeras para desarrollar una clasificación internacional de la práctica de enfermería.

#### **Clasificación de diagnósticos**

---

<sup>4</sup>KOZIER Bárbara G Erb et' al Fundamentos de Enfermería conceptos procesos y práctica 5ta ed Pág. 116

- Diagnóstico real. Un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería, se basa en la presencia de signos y síntomas asociados..
- Diagnóstico de riesgo. Un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.
- Diagnóstico de salud. Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.

### **Componentes de un diagnóstico: (estructura NANDA)**

- Factores relacionados. El componente etiológico del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención del paciente, en la etiología pueden incluirse los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.
- Características definitorias.: Son los signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta.
- Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre para el diagnóstico propuesto, ofrece una descripción concisa del estado (real o potencial) de la salud del individuo.

### **Formato PES**

- P: problema(en relación con o relacionado con)
- E: etiología (manifestado por)
- S: signos y síntomas

### **Clasificación de diagnóstico:**

Existen 7 ejes del modelo de diagnóstico enfermero NANDA.

EJE 1 concepto diagnóstico

EJE 2 sujeto del diagnóstico (persona, familia o comunidad)

EJE 3 juicio (deteriorado, inefectivo)

EJE 4 localización (vejiga, auditivo cerebral).

EJE 5 edad (lactante niño, adulto)

EJE6 tiempo (agudo, crónico, intermitente)

EJE 7 estado del diagnóstico: real, de riesgo, de salud, de promoción a la salud)

## **Etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas**



### **Códigos diagnósticos: Taxonomía II**

#### **I. RESPIRACIÓN**

- 00030 Gasto cardíaco, disminución del
- 00031 Intercambio
- 00032 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las
- 00033 Patrón Respiratorio ineficaz
- 00034 Destete del ventilador, respuesta disfuncional al
- 00036 Asfixia, riesgo de
- 00039 Aspiración, riesgo de

#### **II. ALIMENTACION / HIDRATACION**

- 00001 Desequilibrio Nutricional por exceso
- 00002 Desequilibrio Nutricional por defecto
- 00003 Riesgo de desequilibrio Nutricional por exceso
- 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- 00026 Líquidos, exceso de volumen de
- 00027 Líquidos, déficit de volumen de
- 00028 Líquidos, riesgo de déficit de volumen de
- 00048 Deterioro de la dentición

- 00102 Déficit de autocuidado, alimentación
- 00103 Deglución, deterioro de la
- 00104 Lactancia materna ineficaz
- 00105 Interrupción de la Lactancia materna
- 00106 Lactancia materna eficaz
- 00107 Alimentación ineficaz del lactante, patrón de
- 00134 Nauseas

### **III. ELIMINACION**

- 0001 Estreñimiento
- 00012 Estreñimiento subjetivo
- 00013 Diarrea
- 00014 Fecal, incontinencia
- 00015 Riesgo de Estreñimiento
- 00016 Eliminación Urinaria, deterioro de la
- 00017 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- 00018 Incontinencia urinaria: refleja
- 00019 Incontinencia urinaria: de urgencia
- 00022 Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de
- 00020 Incontinencia urinaria: funcional
- 00021 Incontinencia urinaria: total
- 00023 Urinaria, retención
- 00110 Déficit de Autocuidado, uso del WC

### **IV. MOVILIZACIÓN**

- 00040 Síndrome Desuso, riesgo de

- 00085 Movilidad física, deterioro de la
- 00086 Disfunción Neurovascular periférica, riesgo de
- 00088 Deterioro de la deambulaci3n
- 00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
- 00090 Deterioro de la habilidad para la traslaci3n
- 00091 Deterioro de la movilidad en la cama
- 00092 Intolerancia a la Actividad
- 00093 Fatiga
- 00094 Intolerancia a la Actividad, riesgo de

#### **V. REPOSO / SUEÑO**

- 00095 Patr3n de Sueño, deterioro del
- 00096 Deprivaci3n de sueño

#### **VI. VESTIRSE**

- 00109 D3ficit de Autocuidado, vestido / acicalamiento

#### **VII. TEMPERATURA**

- 00005 Temperatura corporal, riesgo de desequilibrio de la
- 00006 Hipotermia
- 00007 Hipertermia
- 00008 Termorregulaci3n ineficaz

#### **VIII. HIGIENE / PIEL**

- 00024 Perfusi3n Tisular, inefectiva. (Especificar: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, perif3rica)
- 00044 Integridad Tisular, deterioro de la
- 00045 Mucosa Oral, deterioro de la

- 00046 Integridad Cutánea, deterioro de la
- 00047 Integridad Cutánea, riesgo de deterioro de la
- 00108 Déficit de Autocuidado, baño / higiene

## IX. SEGURIDAD

- 00004 Infección, riesgo de
- 00009 Disreflexia autónoma
- 00010 Disreflexia autónoma, riesgo de
- 00035 Lesión, riesgo de
- 00037 Intoxicación, riesgo de
- 00038 Traumatismo, riesgo de
- 00041 Respuesta alérgica al Látex
- 00042 Riesgo de respuesta alérgica al Látex
- 00043 Protección Inefectiva
- 00049 Capacidad adaptativa intracraneal disminuida
- 00050 Perturbación del campo de energía
- 00060 Procesos Familiares, interrupción de los
- 00061 Rol de cuidador, cansancio en el desempeño del
- 00062 Rol de cuidador, riesgo de cansancio del
- 00071 Afrontamiento defensivo
- 00072 Negación ineficaz
- 00078 Régimen Terapéutico, manejo inefectivo del
- 00079 Incumplimiento del tratamiento (especificar)
- 00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
- 00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad

00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico

00087 Riesgo de lesión perioperatoria

00100 Retraso en la recuperación quirúrgica

00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo

00111 Crecimiento y desarrollo, retraso en el

00112 Riesgo de retraso en el desarrollo

00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado

00114 Estrés del Traslado, síndrome de

00128 Confusión aguda

00129 Confusión crónica

00130 Trastorno de los procesos de pensamiento

00131 Deterioro de la memoria

00132 Dolor agudo

00133 Dolor crónico

00135 Duelo disfuncional

00136 Duelo anticipado

00137 Aflicción crónica

00138 Violencia dirigida a otros, riesgo de

00139 Automutilación, riesgo de

00140 Violencia autodirigida, riesgo de

00141 Síndrome Post-traumático

00142 Violación, síndrome traumático de la

00143 Violación, síndrome traumático de la: reacción compuesta

00144 Violación, síndrome traumático de la: reacción silente

00145 Síndrome postraumático, riesgo de  
00146 Ansiedad  
00148 Temor  
00149 Síndrome de estrés del traslado, riesgo de

00150 Riesgo de suicidio

00151 Automutilación

00152 Impotencia, riesgo de

00153 Riesgo de baja autoestima situacional

00155 Riesgo de caídas

## X. COMUNICACIÓN

00051 Comunicación verbal, deterioro de la

00052 Interacción Social, deterioro de la

00053 Aislamiento Social

00054 Riesgo de soledad

00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante

00059 Disfunción Sexual

00063 Procesos familiares disfuncionales: Alcoholismo

00065 Patrones Sexuales inefectivos

00069 Afrontamiento inefectivo

00073 Afrontamiento familiar incapacitante

00074 Afrontamiento familiar comprometido

00076 Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad

00077 Afrontamiento inefectivo de la comunidad

00122 Trastorno de la Percepción Sensorial, (Especificar: visual,

auditiva, cinestesia, gustativa, táctil, olfatoria)

00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

00154 Vagabundeo

00123 Desatención unilateral

12

## **XI. RELIGION / CREENCIAS**

00066 Sufrimiento Espiritual

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual

00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual

00083 Conflicto de Decisiones, (especificar)

00124 Desesperanza

00125 Impotencia

00147 Ansiedad ante la muerte

## **XII. TRABAJAR / REALIZARSE**

00055 Desempeño Inefectivo del Rol

00056 Deterioro Parental

00057 Deterioro Parental, riesgo de

00064 Rol Parental, conflicto del

00070 Adaptación, deterioro de la

00084 Conductas generadoras de Salud, (especificar)

00098 Mantenimiento del Hogar, deterioro en el

00099 Mantenimiento inefectivo de la Salud

00118 Imagen corporal, trastorno de la

00119 Baja Autoestima crónica

00120 Baja Autoestima situacional

00121 Identidad personal, trastorno de la

### **XIII. ACTIVIDADES LÚDICAS**

00097 Actividades recreativas, déficit de

### **XIV. APRENDER**

00075 Afrontamiento familiar: disposición para mejorar el

00126 Conocimientos deficientes, (especificar)

#### **2.1.5. Planeación**

**Concepto:**” Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas<sup>5</sup>

**Objetivos:** Identificar los factores que deben tener en cuenta la enfermera para establecer prioridades en el plan de cuidados

#### **Clasificación de las intervenciones**

- Independientes: Son aquellas actuaciones de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, con las actividades que no requieren la orden previa de un medico.
- 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 aquellos actividades que la enfermera lleva acabo junto a otros miembros del equipo de salud, estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos etc.”<sup>6</sup>

#### **Criterios de resultado**

---

<sup>5</sup> KOZIER Bárbara G.ERB et’ al Fundamentos de Enfermería conceptos procesos y práctica 5ta ed. Pág. 140

<sup>6</sup> Ibidem Pág. 162

**Concepto:**” Es el establecimiento de objetivos de acuerdo a los resultados.

**Objetivo:** La enfermera establece los objetivos para cada diagnostico enfermero

Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación en su comportamiento deseado

Conseguir un objetivo es resolver el problema identificado en el diagnostico enfermero

### **2.1.6.- Ejecución**

**Concepto:** En el proceso de enfermería la ejecución es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería.

**Objetivos:** Identificar las fases esenciales en el desarrollo de herramientas para evaluar la atención de calidad.

### **2.1.7.- Evaluación**

**Concepto:** La evaluación en el proceso enfermero es útil para:- determinar el logro de los objetivos; identificar las variables, que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.”<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> KOZIER Bárbara G.Erb. et’ al Fundamentos de Enfermería conceptos proceso y práctica 5ta ed. pag166

## 2.2. Necesidades fundamentales de Virginia Henderson

### 2.2.1. Generalidades de Virginia Henderson



Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.<sup>8</sup>
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

---

<sup>8</sup> MARRINER, Tomez A. Raile Alligood M. modelos y Teorías en Enfermería 4ta ed Pág. 99-100

- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse. En los años '60 se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer, "Tratado de Enfermería Teórico y Práctico
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
- Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.
- Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos
- fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.
- 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.
- La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.
- 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

### **Títulos Honoris Causa.**

- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.
- Catholic University

### **Principales conceptos y definiciones**

**Enfermería:** Definió Enfermería en términos funcionales “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

**Salud:** Henderson no dio una definición propia de salud, pero en su obra equipara la Salud con la Independencia. En la sexta edición de Text book Principles and Practice of Nursing cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”.

**Entorno:** Henderson tampoco dio una definición clara de entorno. Acudió en cambio al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como "El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"

**Persona:** Henderson considera a la persona como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y alma son inseparables, considera al individuo y familia como una unidad

### **Supuestos principales de Virginia Henderson**

Enfermería:

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos
- Puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera
- Debe valorar las necesidades humanas básicas
- Los 14 componentes del cuidado de Enfermería abarcan todas las funciones posibles de Enfermería.

Persona: (paciente)

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.

Salud:

- La salud es calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- 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 proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

### **Afirmaciones teóricas**

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente

1. La enfermera como sustituta del paciente
2. La enfermera como una auxiliar del paciente
3. La enfermera como una compañera del paciente

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como “un sustituto de las carencias del paciente para ser completo” “íntegro” o “independiente” debido a su falta de fortalezas físicas, voluntad o conocimiento.

Durante la convalecencia la enfermera auxilia al paciente para que adquiera o recupere su independencia, esforzándose por alcanzar una independencia sana, no una dependencia enferma.

Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia terapéutica.

### **Ejercicio Profesional**

El ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. También menciona que para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que solo imparte en Colegios y Universidades.

Henderson cree que las enfermeras deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que puedan basar sus experiencias, considera que investigar es necesario para evaluar y mejorar el ejercicio de la profesión.

Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales.

#### **14 Necesidades básicas**

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber en forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y conservar una buena postura
5. Dormir y reposar
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales
8. Estar limpio, aseado y proteger tegumentos
9. Evitar peligros
10. Comunicación con sus semejantes
11. Creencias y valores
12. Preocuparse de su propia realización
13. Recrearse
14. Aprender

#### **La Salud. Independencia/ Dependencia y causas de la dificultad**

Virginia Henderson desde una filosofía humanista. Considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. Buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo su propia salud, en base a sus propias capacidades de la 14 necesidades básicas.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas que identifica como:

**Falta de fuerza:** Interpretamos por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

**Falta de conocimientos:** Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento)

**Falta de voluntad:** Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

### 2.2.2. Principales conceptos

#### ➤ Necesidad

Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento, para Henderson la necesidad podríamos decir que es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las 14 necesidades.

#### ➤ Independencia

La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

#### ➤ Dependencia

La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

#### ➤ Rol de la enfermera

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

- Rol independiente: Que ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente que está bajo un diagnóstico y un tratamiento médico, este rol se centra en la vigilancia, control y prevención de complicaciones relativas a la situación de enfermedad y tratamiento que está recibiendo.
- Rol dependiente: En tanto que no trabaja en solitario sino que forma parte de un equipo de salud, esto significa que la enfermera también cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

#### ➤ **Causas de dependencia**

- Biofisiológicos: Se refiere a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos y sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.
- Psicológicos: Se refiere a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación.
- Socioculturales: El entorno físico de la persona (próximo y el más lejano)

El entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo, el hospitalario etc.

El entorno físico lejano se refiere al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación etc.)

El entorno sociocultural, los valores, las normas que proporcionan la familia, la escuela, las leyes y políticas de la comunidad.

## **14 Necesidades de Virginia Henderson**

**1.- Necesidad de oxigenación:** Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

Enfermera: debe averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

**2.- Necesidad de nutrición e hidratación:** Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

Enfermera debe averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades, enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición.

**3.- Necesidad de eliminación:** Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resulten del metabolismo.

Enfermera averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación, teniendo en cuenta las actividades del cliente, enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

**4.- Moverse y mantener una postura adecuada:** Partes del cuerpo, con movimiento coordinados y mantenerlos bien alineados permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

Enfermera averiguar la necesidad del ejercicio del cliente, planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física, enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo y sobre peso.

**5.- Necesidad de descanso y sueño:** Estado fisiológico de conciencia y relativa inmovilidad de los músculos voluntarios, que es fácil y completamente reversible con estímulos.

Enfermera averiguarla cantidad y la calidad de sueño y reposo necesario para el individuo, planificación de periodos de reposo y de un sueño, enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

**6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:** Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

**7.- Necesidad de termorregulación:** El calor reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca.

Con el frío aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción y ropa gruesa.

**8.-Necesidad de higiene y protección de la piel:** Averiguar los hábitos higiénicos del cliente, planificación de hábitos higiénicos con el cliente enseñanza de medidas de higiene.

**9.-Necesidad de evitar los peligros:** Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantenerse así su integridad física y psicológica.

**10.-Necesidad de comunicarse:** Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas de las otras.

**11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores:** Expresión del cliente de sus creencias y valores, planificación de actividades religiosas con el cliente, informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

**12.- Necesidad de trabajar y autorealizarse:** Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

**13.- Necesidad de jugar:** Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

**14.- Necesidad de aprendizaje:** Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

### **3.2. MARCO TEORICO**

#### **3.2.1. Infección de vías urinarias**

- a) La coincidencia de una infección de vías urinarias durante el embarazo tiene importancia porque:
- b) El embarazo predispone a la aparición de infecciones, a causa de los cambios anatómicos y fisiológicos que se observan en el sistema urinario durante el embarazo.
- c) Una infección de vías urinarias preexistente al embarazo puede agravarse.
- d) La infección urinaria puede propiciar que el embarazo se complique con toxemia, prematurez e incluso muerte fetal.

Se ha informado de asociación de prematurez con bacteriuria asintomático.

De acuerdo con su localización clínica, las infecciones de vías urinarias se designan como uretritis, cistitis, uteropielitis, y pielonefritis, sin embargo, para fines

prácticos es imposible limitar la extensión de la infección, pues cada órgano forma parte de todo un sistema, por ello, se han tratado de agrupar en infecciones de vías superiores e inferiores.

Actualmente se emplea la clasificación siguiente, bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias con manifestación clínica

➤ Bacteriuria asintomática

Esta entidad fue definida por Kass (1964) como la presencia de más de 100 000 colonias de gérmenes por ml. De orina, sin que exista sintomatología.

➤ Infección urinaria con manifestaciones clínicas

Cuando existe infección urinaria con un cuadro clínico manifestado, pueden predominar los síntomas de vías urinarias inferiores o de las superiores.

➤ Vías urinarias inferiores

Sitio de infección: Uretra, vejiga urinaria, mitad inferior de uréteres

Denominación del cuadro clínico: Uretritis, Cistitis y Uretritis<sup>9</sup>

Cuadro clínico:

Síntomas generales poco evidentes: Anorexia, náuseas, escalofrío, fiebre.

Síntomas urinarios: Polaquiuria, disuria generalmente Terminal, tenesmo vesical, hematuria ocasional, ardor a la micción, dolor abdominal a la palpación de la vejiga y por vía vaginal.

➤ Vías urinarias superiores

Sitio de infección: Mitad superior de uréteres, pelvícula renal, riñones

Denominación del cuadro clínico: Pielonefritis

Cuadro clínico:

Síntomas generales de mayor intensidad (fiebre elevada), dolor en uno o ambos flancos (de predominio en el derecho), dolor a la percusión de una o ambas fosas renales (ángulo costo vertebral), disuria, y otros síntomas urinarios, hematuria frecuente, cilindruria.

---

<sup>9</sup> MONDRAGON Castro Héctor Ginecoobstetricia elemental 2da ed pag339-340

### ❖ **Intervenciones de enfermería**

- a) Recomendar a la mamá tomar por lo menos dos litros de agua
- b) Es importante que no se aguante el deseo de vaciar la vejiga
- c) Tener cuidado con la higiene personal en especial, limpiarse después de ir al baño hacia atrás para evitar que la vejiga e incluso la vagina se contamine
- d) Si las infecciones son recurrentes investigar si están asociadas con haber tenido relaciones sexuales, ya que el coito en sí produce un traumatismo sobre la vejiga y la uretra haciendo que e lastime la mucosa o recubrimiento interno de estos organismos tornándolos más susceptibles a infecciones.

### **3.2.2. Amenaza de aborto**

El aborto es la interrupción del embarazo por cualquier medio con la consiguiente expulsión de un feto inmaduro y no viable. El difícil problema de cuando comienza la viabilidad, subrayado aún más por los recientes avances en los cuadros intensivos neonatales, con supervivencia de niños muy pequeños, se resuelve habitualmente aceptando, que un feto de menos de 20 semanas de gestación, a partir del primer día del último periodo menstrual, o con peso inferior de 500grs se considera un aborto.

La Amenaza de Aborto debe sospecharse el diagnostico de amenaza de aborto cuando en las primeras 20 semanas de embarazo se produzca una hemorragia vaginal, con dolores abdominales espasmódicos, o sin ellos similares a los menstruales. Esta hemorragia no se acompaña de eliminación de tejido ni de rotura de membranas, puede haber síntomas de embarazo (nauseas, y vómitos, fatigabilidad, hipersensibilidad mamarias y frecuencia urinaria) .

En la exploración física, la paciente no presenta fiebre y los signos abdominales son mínimos.

La exploración con espejo pone de manifiesto salida de sangre desde el orificio cervical, sin que se observe líquido amniótico ni tejido en la vagina ni en el canal endocervical.

En la exploración bimanual, el orificio cervical interno se encuentra cerrado, el útero es blando y tiene un tamaño adecuado a la edad gestacional y la sensibilidad uterina es mínima o nula.

## Cuidados de enfermería

- a) Reposo en cama
- b) Vigilar cualquier posible hemorragia
- c) Evaluar la frecuencia cardiaca fetal cuando el embarazada es de 10 a 12 Semanas se deberá evaluar con doppler.
- e) Valorar la respuesta de la mujer y familia ante la crisis.

### **Miedo**

El miedo es una emoción o un sentimiento de aprensión desencadenada por un peligro, un dolor u otra amenaza percibida, que se muestran como inminentes o aparentes.

El miedo puede ser una respuesta a algo que haya sucedido, a una amenaza inmediata actual o a algo que la persona cree que va a suceder.

El objetivo el miedo puede estar basado o no en la realidad.

### **Angustia**

La angustia es un sentimiento o estado emocional que se caracteriza por la pena y funciona como respuesta hacia un peligro desconocido. Esta angustia se acompaña en general de un malestar psicológico y cambios biológicos como taquicardia, sudoración, temblores, sensación de falta de aire.

La angustia es un sentimiento diferente al del miedo ya que este último está referido a un objeto en particular, mientras que la angustia se teme a algo desconocido. Las personas desarrollamos mecanismos de defensa que nos protegen de la pero no siempre son eficaces, al fracasar estos mecanismos defensivos aflora la angustia.

Los niveles de angustia pueden ser varios, desde los menores hasta los más elevados montos de angustia que terminan acompañando alguna enfermedad psicológica si se mantiene en el tiempo.

Los ataques de pánico son un ejemplo donde pueden verse un elevado monto de angustia en un sujeto causado por un objeto desconocido. En estos las personas comienzan a sentir un malestar físico con aceleramiento cardiaco, sudoración y hasta posibles desmayos.

Las causas de la angustia pueden ser diversas y van a depender de la particularidad de cada persona. Sin embargo se vincula a:

- La conformación psíquica de la persona a lo largo de su desarrollo evolutivo
- Momentos desencadenantes e importantes de la vida del sujeto.

El tratamiento par la angustia se aborda en la terapia de tipo psicoanalítica, además pueden implementarse terapias farmacológicas que acompañen otros abordajes terapéuticos y calmen el sufrimiento psíquico el sujeto, también existen guías de autoayuda para calmar la angustia.

## **Estrés**

El estrés puede tener consecuencias físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales, por lo general los efectos están mezclados porque el estrés afecta a la persona en su totalidad, físicamente el estrés puede amenazar a la homeostasia fisiológica de la persona, emocionalmente el estrés puede producir sentimientos negativos o no constructivos acerca de uno mismo, intelectualmente, el estrés puede influir capacidades de percepción y de resolución de problemas de la persona.

Socialmente, el estrés puede alterar las relaciones interpersonales de la persona. Espiritualmente, el estrés puede poner en juego las propias creencias y valores. Muchas enfermedades han sido vinculadas al estrés.

El estrés es definido como estímulo, o un hecho de la vida (a veces llamado un cambio de vida) o un conjunto de circunstancias que provocan una respuesta alterada, que incrementa la vulnerabilidad individual en cuanto a la enfermedad.

La escala de acontecimientos vitales estresantes es utilizada para documentar las experiencias relativamente recientes de una persona, como un divorcio, un embarazo o una jubilación.

Desde la perspectiva, se consideran estresantes tanto los acontecimientos positivos como los negativos.

El estrés puede ser definido como una respuesta la alteración causada por un estímulo nocivo o un factor estresante. Esta definición del estrés el punto central son las reacciones en lugar de los hechos.

Hans Selye (1956-1976) define como estrés a la respuestas no específicas del organismo entre cualquier tipo de demanda que se le planta independientemente de la causa, la situación o la interpretación psicológica de la situación de

exigencia, la respuesta al estrés de Selye se caracteriza por la misma cadena o patrón de los incidentes fisiológicos, esta respuesta inespecífica, fue denominada Síndrome General de Adaptación o Síndrome de Estrés.

### **El miedo y sus efectos con el embarazo**

Durante la gestación, el hecho estresante más importante es la gestación misma y es diferente si se trata del primer embarazo o si ya se han tenido otros, si se trata de una adolescente o de una mujer añosa, si la mujer es soltera o casada, es diferente también entre los grupos socioeconómicos y en las distintas culturas. Pero lo más importante es si el embarazo es planeado y si el hijo es deseado.

La ansiedad producida es distinta en los trimestres de la gestación, en general es menor en el segundo trimestre en comparación con el primero y el tercero.

Cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales, el primero es el trimestre de la concientización de sentimientos latentes de origen infantil y la adopción de conductas de control y se reactivan las relaciones con la madre segundo trimestre, el feto comienza a dar señales de vida y la mujer incorpora afectivamente al hijo como parte de sí misma. El tercer trimestre la madre debe prepararse para el parto.

Los cambios físicos, psicológicos, obligan a grandes ajustes y adaptaciones. La mayoría de mujeres durante este proceso experimentan miedos y preocupaciones graves. Las preocupaciones respecto a la pérdida de los atractivos físicos, de lastimar al feto o de tener un hijo anormal. Muchas mujeres se sienten tristes, irritables, nerviosas y llorosas inminentemente. Al comienzo de la gestación, muchas mujeres se sienten cansadas y letárgicas, a veces hasta el agotamiento. La crisis de la gestación finaliza en el parto.

### **Como el estrés predispone a la amenaza de aborto**

Como ya se ha apuntado en el embarazo concurren una amplia gama de estresores potenciales, pero el estrés sea durante el embarazo o en cualquier otra situación, se manifiesta por medio de síntomas psicológicos y estos son principalmente la ansiedad, la depresión y la irritabilidad, que se observan con frecuencia en mujeres embarazadas sometidas a acontecimientos estresantes en su vida, así como en casos de embarazos con amenaza de aborto, bebe nacido muerto o anomalía fetal. Algunos factores importantes de efecto estresante son, por ejemplo, las pruebas de detección de posibles anomalías fetales. A estas pruebas, según señalan varios estudios se les asocia una intensa, ansiedad, sea

por falta de información sobre la prueba, sea por la existencia de falsos resultados positivos o por cierto grado de confusión sobre la prueba y sus indicaciones.

Es muy importante disponer de recursos que permiten asegurarse de que los padres reciban toda la información que necesitan pero, sobre todo la información que necesita pero, sobre todo que entiendan el propósito de la prueba, y no se trata únicamente de utilizar un cierto aparataje, si no es que primordial que se pueda disponer de personal con habilidades técnicas y de relación humana, que posibilite una información suficiente y adecuada para aliviar el estrés generado por la situación.

Si desde la consideración del estrés sobre la madre pasa a considerarse la posible repercusión sobre el feto, se ha de señalar que este se manifiesta de una manera palpable. En efecto, la liberación de catecolaminas ocasionada por la situación estresante en la madre, afecta el flujo sanguíneo uterino y la contractilidad del miometrio. Además las catecolaminas atraviesan la barrera placentaria y afectan directamente al feto.

Algunos estudios también señalan la asociación entre estrés intenso en el embarazo y bajo peso de nacimiento, así como parto prematuro. No obstante, estudios más recientes no han encontrado una relación entre el número de acontecimientos vitales estresantes y el resultado del embarazo, aunque sí lo han detectado entre la posibilidad estresante percibida de estos acontecimientos por la madre y el bajo peso de nacimiento o el parto prematuro. Es decir., interviene de manera significativa la propia situación del estrés, por consiguiente también son de primera importancia los recursos personales de afrontamiento de tal situación.

La actitud pues, de la futura madre, así como sus vivencias y sentimientos, desempeñan un papel primordial en la salud materno infantil.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> PONAT Colomer Fransco Enfermería Maternal y Ginecológica

### **III METODOLOGIA**

El estudio de caso tiene dos ejes uno metodológico sustentado en el proceso atención enfermero y otro conceptual sustentado en la teoría de 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El eje metodológico permite a la enfermera identificar la independencia o grado de dependencia que presenta la embarazada en la etapa actual de desarrollo (embarazo).

También permite identificar los problemas que están afectando las necesidades de la embarazada, establecerlos diagnósticos de enfermería y en función de ello tomar las decisiones que permiten planear, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería que ayuden a la señora a mejorar su bienestar.

El eje conceptual ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en sus necesidades considerando los factores físicos, psicológicos, espirituales y culturales.

#### **4.1. Valoración**

La valoración de enfermería se realizó bajo el consentimiento de la mujer, se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física.

Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual está diseñada por necesidades.

#### **4.2. Diagnóstico de enfermería**

Los datos obtenidos en la valoración, fueron analizados teniendo como referencia el conocimiento y la exploración.

A partir de este análisis se identificaron los problemas que afectaban las necesidades de enfermería y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las etiquetas diagnósticas de la NANDA (última edición publicada y el formato PES)

#### **4.3. Planeación**

Con base a los diagnósticos formulados, se tomaron las decisiones que permitieron planear los cuidados de enfermería para mejorar el bienestar de la embarazada.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente, cada una de ellas fue fundamentada en el formato del Plan de Atención de Enfermería.

Por cada diagnóstico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo da claridad a la enfermera de lo que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la mujer.

Los criterios de resultado, permiten comparar y analizar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el Plan de Atención.

#### **4.4. Ejecución**

Para la ejecución de las intervenciones se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesario la consulta de fuentes secundarias como: artículos impresos y electrónicos, libros y revistas ya que en su mayoría las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

#### **4.5. Evaluación**

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultado, estos rubros dieron la pauta para evaluar el Plan de Atención inicial y retroalimentarlo.

Siendo el Proceso Atención Enfermero una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitiera dar un sustento teórico.

## **IV Instrumentación del Proceso de Atención de Enfermería**

### **4.1 Valoración**

Ficha de identificación

Nombre: E.V.A

Edad: 28 años

Peso: 86 kilos

Talla:- 1.58 cms.

Fecha de nacimiento: 28 de Noviembre 1981

Sexo: Femenino

Ocupación. Ama de casa

Escolaridad: Secundaria

No. de personas que conforman su familia: 3

Información:- Entrevista.

### **Valoración por necesidades básicas**

1.-Necesidad de Oxigenación: Presenta elevación de la T.A de 140/100

2.-Necesidad de nutrición e hidratación: Su alimentación es equilibrada la hidratación a través del consumo de líquidos es insuficiente ya que ingiere 4 vasos al día aproximadamente de 250 ml.

3.-Necesidad de eliminación: Presenta una evacuación al día, la eliminación urinaria es de tres veces al día con presencia de dolor y molestias en la eliminación.

4.-Necesidad de termorregulación: No hay ninguna alteración en la termorregulación.

5.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura: Camina solo lo que se requiere en sus actividades cotidianas y no hay alteración en la postura.

6.-Necesidad de descanso y sueño: Duerme alrededor de 9 horas y solo descansa alrededor de 1 hora por la tarde como máximo, se observa estresada.

7.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: Utiliza ropa de acuerdo al clima.

8.-Necesidad de higiene y protección de la piel: Se baña 1 vez al día y es por la noche, la piel se encuentra hidratada

9.-Necesidad de comunicarse: Buena comunicación con su familia y se relaciona fácilmente con los demás personas

10.-Necesidad de evitar peligros: Tiene conocimientos sobre medidas para actuar ante situaciones de urgencia y no tiene deformaciones congénitas

11.-Necesidad de vivir según creencias y valores: Es creyente por lo que se inclina por la religión cristiana.

12.-Necesidad de trabajar y realizarse: Se encuentra satisfecha con su trabajo ya que para ella el ser ama de casa, atender a su familia le satisface como madre

13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas: Cuando tiene tiempo juega un poco con sus hijos en el parque

14.-Necesidades de aprendizaje: Reconoce la necesidad de aprendizaje, pero tiene limitaciones para hacerlo ya que para ello, no hay tiempo para realizarlo y ahora la principal función es estar con su familia

## 4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Necesidad	Problema	Diagnóstico de enfermería
Eliminación	Deterioro de la eliminación  Exceso de volumen	Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección en el tracto urinario manifestado por disuria, poliuria y tenesmo  Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema
Evitar peligros	Ansiedad	Ansiedad relacionada a amenaza de aborto manifestado por inquietud
Evitar peligros	Duelo anticipado	Duelo anticipado relacionado con la posible pérdida del producto manifestado por expresión de sufrimiento y tristeza.

Objetivo: La señora E.V.A. informara sobre los síntomas de infección del tracto urinario y mantendrá el autocuidado durante el tratamiento

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Evaluación</b>
<p>Deterioro de la eliminación urinaria relacionada a infección del tracto urinario manifestado por disuria</p>	<p>La enfermera valorara datos que indiquen a la señora Estefanía síntomas del tracto urinario (ID)</p> <p>Se informara sobre la importancia de la Ingesta de líquidos (D)</p> <p>Se orientara sobre la técnica adecuada de la higiene en sus genitales. (D)</p>	<p>Las infecciones del tracto urinario son comunes durante el embarazo, los síntomas son disuria, polaquiuria.</p> <p>La ingesta de agua facilita la limpieza de los uréteres</p> <p>El tener cuidado con la higiene personal en especial limpiarse después de hacer del baño es importante hacerlo de adelante hacia atrás para evitar que la vejiga e incluso la vagina se</p>	<p>La embarazada podrá proporcionarse autocuidados y seguir con los cuidados de mantenimiento</p> <p>Identificara los síntomas de infección del tracto urinario o cualquiera de ellos durante su estancia hospitalaria</p> <p>Verbalizara correctamente los medidas de autocuidado para las infecciones del tracto</p>	<p>La señora E.V.A supero la infección con las recomendaciones y el autocuidado durante su estancia hospitalaria.</p>

	<p>Informar que debe miccionar tan pronto como tenga necesidad (D)</p> <p>Realizar laboratorios como examen general de orina (ITD)</p> <p>Ministración de antibióticos como Ampicilina 1gr. I.V. c/6 hrs. (ITD)</p>	<p>contamine</p> <p>Es importante que no aguante el deseo de vaciar la vejiga</p> <p>Durante el embarazo la relaxina produce enlentecimiento de la peristalsis del uréter y los uréteres se dilatan, esta causa una éxtasis de la orina en los uréteres lo que a su vez conduce a infección</p> <p>La ampicilina es un antibiótico de amplio espectro antimicrobiano más amplio, debido a su mayor capacidad de penetrar la pared celular de algunos bacilos gram (-) espectro antimicrobiano y esta es la droga de elección en las infecciones urinarias durante el embarazo por su inocuidad para el feto.</p>	<p>urinario</p> <p>Superara la infección del tracto urinario sin que esta se repita durante el embarazo.</p>	
--	---	--	--	--

Objetivo: La paciente se adaptara al centro cuidados para la salud y su estado fisiológico y recuperar un nivel de adaptación más seguro.

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	<b>Fundamentación</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Evaluación</b>
Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema.	<p>Se verificara que la dieta sea hipo sódica e hiperproteica (ITD)</p> <p>Signos Vitales cada 2 horas (ID)</p> <p>Se llevara a cabo control estricto de líquidos en la hoja reglamentaria de la institución. (D)</p>	<p>La disminución de sodio ayudara a disminuir el edema</p> <p>Los cambios en los signos vitales puede indicar alteraciones hidroelectrolitico o acido básicas o mecanismos compensatorios para mantener el equilibrio</p> <p>La medición y registro de la entrada y salida de líquidos durante un periodo de 24 horas proporciona datos importantes sobre el</p>	Con las medidas a seguir la reducción del edema será gradualmente	Con el auto cuidado logramos que la señora E.V.A lograra el exceso de volumen de líquidos.

	<p>Se llevara acabo un control de el peso (ID)</p> <p>Se evaluara un control de Diuresis horaria (ID)</p> <p>Inspeccionar y palpar las áreas de adema</p> <p>Proporcionar apoyos con almohadas en las extremidades y elevarlas las extremidades</p>	<p>equilibrio hidroelectrolitico del usuario</p> <p>Las determinaciones del peso proporcionan una valoración relativa precisa del estado de fluidos del usuario</p> <p>La vigilancia de la diuresis nos ayudara a vigilar la disminución de albúmina</p> <p>La valoración y documentación precisa del edema son esenciales para evaluar los efectos de la terapia</p> <p>Los apoyos con almohadas disminuyen la presión sobre la piel edematosa. La elevación favorece la circulación venosa y disminuye el edema</p>	<p>Mantener la integridad de la piel sobre las áreas con edema</p>	
--	---	---	--	--

	edematosas por encima del nivel del corazón siempre que sea posible			
--	---	--	--	--

Objetivo: La señora E.V.A. será capaz de identificar factores de riesgo como sangrado transvaginal y contracciones uterinas

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	<b>Fundamentación</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Evaluación</b>
Dolor agudo relacionado a contracciones uterinas manifestado por facies de dolor y taquicardia	<p>Explorar con la paciente los posibles factores que precipiten o intensifican la percepción del dolor, como actividad y estrés (ID)</p> <p>Proporcionar alternativas para aliviar el dolor como Cambios de posición Masaje</p> <p>Valorar el patrón del sueño (ID)</p>	<p>La identificación de los factores precipitantes actuales o potenciales ayudan a la señora Estefanía a evitarlos o minimizarlos</p> <p>Las medidas de relajación ayuda a que disminuya el dolor</p> <p>Las intervenciones apropiadas para el dolor permiten a la señora Estefanía a conciliar el sueño</p>	Reduce o elimina los factores que precipitan o intensifican la percepción al dolor	Con los cuidados proporcionados y el reposo absoluto la señora Estefanía logro que cedieran las contracciones ya su vez disminuyo el estrés por lo que en 24 horas se redujo su malestar.

	<p>Proporcionar oportunidades a la Señora Estefanía sobre sus preocupaciones y temores</p> <p>Administración de Indocid 1 supositorio c/8 hrs. por Vía Rectal</p>	<p>El escucha ayuda a la paciente a que alivie el componente emocional , es decir la ansiedad y el miedo ya que van asociados al dolor</p> <p>La indometacina es potente inhibidor de la síntesis de prostaglandinas por lo que inhibe las contracciones del útero</p>		
--	---	--	--	--

Objetivo: Reducir la ansiedad de la Señora E.V.A. con el fin de reducir los sentimientos de tensión e inquietud

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	<b>Fundamentación</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Evaluación</b>
Ansiedad relacionada a amenaza de aborto manifestado por inquietud	<p>Ayudar ala paciente a determinar las fuentes de la ansiedad (ITD)</p> <p>Estimular al cliente a verbalizar sus sentimientos y expresar sus emociones (llorar, gritar) (ID)</p>	<p>Estas acciones ayudan al cliente a establecer una comprensión sobre la naturaleza y la causa de la ansiedad, una vez que se comprende el estrés con precisión, la ansiedad puede disminuir y la paciente puede identificar con más facilidad las estrategias de afrontamiento</p> <p>El compartir las preocupaciones y expresar las emociones pueden reducir los sentimientos de la paciente en cuanto a</p>	<p>Describe las causas y el nivel de ansiedad</p> <p>Verbaliza los sentimientos</p>	<p>Con la ayuda psicológica y la escucha logramos que la paciente afrontara su situación de angustia y asu vez logramos que se adaptara a la familia y a la sociedad.</p>

	<p>Ayudar al cliente a reconocer sus patrones habituales de afrontamiento y la eficacia de los mismos (ITD)</p> <p>Proporcionar seguridad y comodidad (ID)</p> <p>Permanecer al lado del cliente (ID)</p> <p>Dar soporte a sus estrategias de afrontamiento actuales</p>	<p>sentirse sola y abrumada por las situaciones estresantes</p> <p>La identificación de las estrategias de afrontamiento habituales permite que el cliente determine la efectividad de los mecanismos de afrontamiento existentes y a conseguir el desarrollo de nuevas estrategias que son más adecuadas para la situación presente</p> <p>Al proporcionar una presencia reafirmante de la sensación de soledad de la paciente se le da apoyo en su afrontamiento de la situación</p>	<p>relacionados a la ansiedad</p> <p>Describe los patrones habituales de afrontamiento</p>	
--	--	--	--	--

	<p>(ITD)</p> <p>Transmitir la sensación de empatía (ID)</p> <p>Reducir la estimulación sensorial (ITD)</p> <p>Enseñar técnicas de relajación (ID)</p>	<p>Una estimulación sensorial excesiva puede incrementar la ansiedad del cliente</p> <p>Las técnicas de relajación ayudan a reducir los niveles elevados de estrés</p>	<p>Verbaliza una mejora del bienestar físico y emocional</p> <p>Enseñarle a que respire despacio y que inspire y expire permitiendo a que la respiración se acople a los ritmos del cuerpo relajado</p>	
--	---	--	---	--

Objetivo: La paciente será capaz de resolver su aflicción, mediante un grupo interdisciplinario

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	<b>Fundamentación</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Evaluación</b>
<p>Duelo anticipado con la posible pérdida del producto manifestado por expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial y tristeza</p>	<p>Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas, como la escucha atenta, el silencio, el ofrecimiento de pistas generales, la utilización de preguntas abiertas (ID)</p> <p>Asegurar a la paciente que los sentimientos y las reacciones intensas son normales en un principio (ID)</p> <p>Proporcionar información acerca del proceso de duelo y lo que hay que esperar</p>	<p>Las habilidades de comunicación terapéutica mejora la exploración de los pensamientos y los sentimientos personales y la expresión emocional del dolor</p> <p>Los paciente se siente más cómoda al expresar su duelo en un entorno afectuoso de aceptación</p> <p>El conocimiento del proceso de duelo ayuda al cliente a comprender que los sentimientos y</p>	<p>Describe el significado personal de la pérdida o la muerte</p> <p>Expresa el duelo</p> <p>Identifica las fases del proceso del duelo</p>	<p>La expresión de los sentimientos y la escucha activa y con la ayuda de un equipo multidisciplinario sobre todo la psicológica logramos a que disminuyera el duelo de la señora Estefanía y de la familia.</p>

	<p>esto es emociones inestables que se estabilizan a medida que pasa el tiempo y sentimientos de tristeza, culpabilidad. Cólera, temor, soledad (ITD)</p> <p>Animar al cliente a expresar el duelo con los familiares, los amigos y las personas de apoyo (ITD)</p> <p>Proporcionar</p>	<p>pensamientos son normales y aceptables</p> <p>A veces la paciente es reacia a compartir el duelo con sus seres queridos porque no quieren agobiarlos. La comunicación de las inquietudes y temores, los planes y las esperanzas mutuas con las personas a llegadas reconoce el duelo de los seres queridos, refuerza el sentimiento de participación y les ayuda a lo largo del proceso del duelo</p>	<p>Comparte los pensamientos y los sentimientos con las personas allegadas</p>	
--	---	--	--	--

	<p>información sobre los recursos disponibles (ID)</p> <p>Valorar el bienestar del cliente, los constantes vitales, el apetito, los patrones de sueño, la concentración, el deseo de retomar sus actividades normales (ID)</p> <p>Sugerir a la paciente a que reanude las actividades normales con un programa que promueva la salud física y psicológica (ITD)</p>	<p>A menudo la paciente no dispone de información sobre los recursos disponibles</p> <p>El estado físico y psicológico es indicador de resolución del duelo</p> <p>La paciente puede tratar de volver a sus actividades normales demasiado deprisa antes de que haya resuelto su duelo, pueden sufrir una reaparición de los síntomas de duelo</p>	<p>Selecciona y utiliza los recursos adecuados</p> <p>Verbaliza una disminución de síntomas físicos psicológicos relacionados al duelo</p> <p>Reanuda sus actividades cotidianas</p>	
--	---	--	--	--

## CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson permite al profesional de Enfermería proporcionar cuidados a la persona enferma como a la persona sana, jerarquizando las necesidades de cada uno de ellos en sus diferentes ámbitos mediante una serie de pasos. Proporcionando una atención de Enfermería es flexible, esta sujeto a variaciones y se adapta a los problemas a los cuales dar respuesta

49

El Proceso Atención de Enfermería respalda nuestros cuidados y nos permite evaluar el logro de nuestros objetivos con el propósito de mejorar día a día. Es por ello que se ha utilizado este conocimiento para ayudar a la señora Estefanía, porque a través de este método se han podido detectar sus necesidades, las cuales se enfocan principalmente en un problema de eliminación urinaria proporcionando una información amplia y sencilla, brindando la ayuda necesaria al conocimiento de su padecimiento, a la realización de actividades cotidianas de acuerdo a su capacidad física, al consumo de sus medicamentos, consumir una dieta equilibrada y balanceada y reafirmar la terapia de angustia. Cabe mencionar que este Proceso me ha dejado una experiencia única, puesto que es muy difícil abordar a una persona con un padecimiento que le proporciona tristeza, ansiedad y angustia pero la motivación optimista de Estefanía me permitió evaluar la transformación y aprendizaje en una forma bastante favorable así como la disminución de su estado de ansiedad y preocupación.

Para concluir debe mencionar que me fue muy difícil plasmar por escrito todo este análisis, he de ahí la importancia que tiene la realización de este tipo de trabajos en forma más continua

## **SUGERENCIAS**

Dar un mayor énfasis a la aplicación del Proceso Atención Enfermería, al utilizar un modelo con objetivos claros y precisos siguiendo las cinco etapas del Proceso en la práctica de Enfermería podemos unificar criterios en el cuidado del paciente sano o enfermo de manera integral, ayudándolo a recuperar su salud, para posteriormente reincorporarlo a la sociedad.

También sugiero.

- Unificar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en las diferentes instituciones educativas de Enfermería.
- Actualizar a los docentes respecto a la aplicación Proceso Atención de Enfermería a través de cursos
- Talleres de Proceso de Atención de Enfermería en las diferentes estancias hospitalarias

## **BIBLIOGRAFIA**

CARPENITO Lynda Juall Diagnóstico de Enfermería 5ta ed. Editorial Interamericana España 1995

Cuidados de Enfermería Editorial Interamericana McGRAW-HILL Madrid España 1995

KOZIER Bárbara G.ERB K.BLAIS J.M WILKINSON Fundamentos de Enfermería concepto proceso y práctica Mc GRAW HILL Interamericana

MARRINER Tomer Ann Modelos y Teorías de Enfermería 4ta ed Editorial Mosby Madrid España 1999

MONDRAGON Castro Héctor Ginecoobstetricia elemental 2da ed Editorial Trillas 2008

NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación Editorial Elsevier España 2007-2008

PACHECO Arce Ana Laura Antología Sociedad Salud y Enfermería Ediciones UNAM-ENEO México 2008

PONAL Colomer Franasco Enfermería Maternal y Ginecológica

RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia Proceso Enfermero 2da ed Editorial Cuellar México DF