



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBST
ETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA
PACIENTE CON ANSIEDAD POR DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

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

P R E S E N T A

**MARÍA DEL ROSARIO OCAMPO MANZANARES
No. de cuenta 098611470**

DIRECTORA DEL TRABAJO

M.C.E MA. DEL PILAR SOSA ROSAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DIRECTORA DE TESIS

Maestra María del Pilar Sosa Rosas.

JURADO CALIFICADOR No. 2

Maestra Magdalena Franco Orozco.

Maestra Fabiola Leonor Jiménez López.

Licenciado José Cruz Rivas Herrera

AGRADECIMIENTOS

- *A mi Dios creador del universo y dueño de mí existencia, que me permite desarrollarme en los diferentes ámbitos de la vida.*
- *A mis padres, Taide Manzanares González y Eliseo Ocampo Reyes, por haberme dado la vida y ser los guías de mis primeros pasos en la vida y siempre contar con su amor y apoyo incondicional.*
- *A mi esposo Javier Rodríguez Sotelo, por brindarme su amor, paciencia, comprensión, apoyo y de ser siempre mi fiel compañero en la vida al formar juntos una familia maravillosa.*
- *A mi hijo Allain Zuriel Rodríguez Ocampo, por permitirme disfrutar por primera vez el ser madre y darme su amor, compañía y comprensión.*
- *A mi hija Ingrid Yamile Rodríguez Ocampo, por brindarme su amor incondicional, alentarme a continuar superándome y permitirme que la guíe y aconseje en su adolescencia.*
- *A mi hija Astrid Zihomara Rodríguez Ocampo, por permitirme soñar y crecer con su imaginación, ser su compañera de juegos y proporcionarme su amor.*

- ***A mi directora académica María del Pilar Sosa Rosas, por contribuir a la realización de este trabajo para la conclusión de mi licenciatura.***

NOMBRE DEL ARCHIVO	APARTADOS DE TESIS
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Portada. • Agradecimientos
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Tabla del contenido de índice.
A3	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción. • Justificación. • Objetivos
A4	<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo I Marco teórico.
A5	<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo II. Metodología del proceso
A6	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusiones. • Sugerencias.
A7	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografía y anexos

INTRODUCCIÓN.

La enfermería es eminentemente una disciplina práctica y en la actualidad se está aceptando que dicha práctica se base fundamentalmente en su propio conjunto de conocimientos derivados de la ciencia, por lo que varias teorías de enfermería se están esforzando por desarrollar ese cuerpo de conocimientos científicos, de esta manera han surgido diversas Teorías y Modelos de Atención de Enfermería para el desarrollo de la disciplina profesional.

Las teorías y modelos de Atención en Enfermería son representaciones de nuestra realidad, que pretenden guiar y mejorar nuestra práctica tanto a nivel de servicio, como el docente y de investigación, confirmándolas y tal vez perfeccionándolas a través de un instrumento muy importante que es una adaptación del método científico estructurado especialmente para enfermería; dicho instrumento es el PROCESO DE ATENCION ENFERMERÍA, que utilizando sus 5 componentes o etapas nos permite interrelacionar e interactuar con el individuo, familia y comunidad; a fin de identificar sus necesidades de salud, planificando nuestras actividades y ejecutándolas para resolver tales necesidades.

De esta forma podemos experimentarlo, confirmarlo y adaptarlo de que sea verdaderamente útil a la realidad práctica, de que nos ayude a mejorarla, asegurar calidad y favorecer el camino hacia la Profesionalización de nuestra carrera.

Por todo lo anterior, el presente trabajo se ha fundamentado en el Modelo de Atención de Enfermería de Virginia Henderson, ya que está enfocado primordialmente a la satisfacción de las 14 necesidades básicas del paciente y se concreta para:

- a) Mantener el equilibrio psicológico y emocional.
- b) ayuda para conseguir salud e independencia.

c) fuerza, voluntad o conocimiento suficientes para obtener o mantener la salud.

Modelo que se adapta entre otros, para aplicarlo integralmente y poder brindar atención domiciliaria de enfermería a la paciente seleccionada para dicha práctica con diagnóstico de Diabetes Gestacional.

JUSTIFICACIÓN.

Se decidió realizar el siguiente proceso de atención de enfermería, porque es un instrumento teórico-practico el cual nos permite interactuar con el individuo sano o enfermo, obteniendo resultados visibles, los cuales se pueden evaluar a corto, mediano o largo plazo.

En la Clínica de Especialidades de la Mujer el índice de atención a pacientes con diabetes gestacional es elevado y por lo tanto se decide realizar este trabajo, para tener conocimientos y experiencia en la atención de este tipo de pacientes; así como contar con un instrumento que sirva de guía a los demás profesionales de enfermería en el desarrollo de las funciones diarias de la profesión, logrando con ello proporcionar atención de calidad al individuo sano o enfermo, la cual eleva el estatus profesional de enfermería.

“El objetivo al que aspiramos los profesionales de enfermería es proporcionar unos cuidados de calidad, individualizados y a un costo real, esto no podría ser realidad si no sabemos qué, cómo y porqué lo hacemos, para quién y a qué costo, la aplicación del Proceso Enfermero puede hacer realidad este objetivo”.

OBJETIVOS

Objetivo general.

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería para su aplicación en la paciente con ansiedad por dificultad para respirar y aspectos relacionados a esta necesidad; a través del modelo de Virginia Henderson a una paciente.

Objetivos específicos

- Contribuir a satisfacer las necesidades básicas de la paciente a través del proceso de atención enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.
- Evaluar la calidad de atención proporcionada a la paciente con la aplicación del proceso de atención de enfermería, con base en las necesidades básicas de acuerdo a los objetivos planteados respecto al paciente y al personal profesional.

I MARCO TEÓRICO.

1.1 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA.

A lo largo del siglo XX se han producido cambios en las técnicas de atención de enfermería y por lo consiguiente el incremento de las responsabilidades para el personal de enfermería, lo que ha obligado a implementar modificaciones en los cuidados de nuestra profesión.

En los años de 1930, eran escasas las enfermeras graduadas, la enfermería incluía variedad de tareas que no tenían nada que ver con la profesión, se realizaban funciones del personal de intendencia, además del cuidado del paciente. La enseñanza era escasa por lo que no se podía brindar un cuidado de enfermería de calidad.

En los años 40's como resultado de la introducción de las innovaciones en la profesión, las tareas y procedimiento para las enfermeras se incrementaron de manera considerable, se incluyeron funciones de enfermería como la toma de presión arterial, ayuda en las transfusiones, administración de oxígeno, inyección de medicamentos, colaboración en el quirófano, sala de partos y otras técnicas más sofisticadas; también surgen los seguros hospitalarios y los planes de pago previos para la atención hospitalaria.¹

Durante el siglo XX hubo periodos de escasez dentro de la enfermería, muchas de las enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares,

1. ¹ MARRINER. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y [Teorías](#) en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

otras no volvieron a la práctica como respuesta a un sistema autoritario y paternalista en el que ella no tenía ninguna participación en las planificación y toma de decisiones, muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas de trabajo arduo y salarios muy bajos.

El éxito demostrado en las salas de reanimación en el frente durante la II Guerra Mundial se tradujo, en la creación de unidades especiales para el cuidado del paciente, se establecieron salas post anestésicas y de recuperación para prevenir las complicaciones del post operatorio. La utilización de las unidades MASH en Corea tendría su reflejo en las unidades de cuidados intensivos. Dando como resultado un progreso a la unidad de cuidados a largo plazo, cuidados a domicilio y al auto cuidado. El concepto de cuidado progresivo del paciente, se formulo y se puso en funcionamiento a mediados de los 50's, estas unidades obligaban a contar con personal de enfermería especializado.²

Al ir disminuyendo el número de enfermeras y aumentar las demandas, se introdujo la "enfermería en equipo", este método de asignación requería menos personal bien preparado, estaba diseñado para adaptar las tareas concretas a los conocimientos y experiencia de la enfermera.

Desde el punto de vista filosófico, la enfermería de equipo era un sistema en el cual el personal de enfermería con diferentes habilidades y capacidades, podía ser incluido en un equipo para proporcionar cuidados de enfermería de calidad a un grupo de pacientes.

La enfermera profesional supervisaba a los pacientes y a cada miembro del equipo, se reunían para planificar y valorar los cuidados, se aseguraba la continuidad de los mismos, se impartía formación y adiestramiento sobre la marcha, y por lo consiguiente

2. ² MERRINER, ANN. El Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico. Trducción de la 2º Edición. Editorial Manual Moderno, México; 1990. Pag.26.

la calidad de atención fue decreciendo, ya que cada vez eran menos las enfermeras profesionales y tituladas que proporcionaban atención directa al paciente. El trabajo estaba coordinado pero el cuidado de enfermería estaba fragmentado.

En los años 60's surge el cuidado de enfermería en forma integral y con un enfoque holístico con la aparición de la enfermera primaria, la cual es responsable del cuidado integral del paciente durante todo su periodo de hospitalización incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, la documentación del progreso, planificación de alta y remisión a los servicios e instituciones secundarias.

Aunque se han dado grandes pasos en la enfermería los problemas siguen vigentes, las condiciones de trabajo y entornos siguen siendo fuentes de conflicto, hasta hoy en día las enfermeras siguen expresando sus preocupaciones por falta de personal, los bajos salarios, largas horas de servicio, las practicas peligrosas, y la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones y otras circunstancias que les impiden proporcionar cuidados de enfermería de alta calidad.

En la actualidad deben de ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Las enfermeras se ven envueltas en avances científicos y técnicos, en todo tipo de nuevos papeles, que le han ampliado nuevas oportunidades pero que al mismo tiempo han multiplicado el alcance de sus responsabilidades, se están dirigiendo lenta pero firmemente hacia una meta de tratamiento más racional para todas las personas dentro de una estructura que no siempre las apoya.³

³ P.W. IYER, B.J. TAPTICH, D. BERNOCCHI-LOSEL. Proceso y Diagnostico de enfermería. Editorial Interamericana Mc.GRAW-HILL. 3ª. Edición. Pagina12.

Las enfermeras seguirán siendo los retos del futuro tal como los identificara Florence Nightingale. A lo largo de la historia los líderes de la enfermería se han referido a ella como un arte, como una ciencia. La verdadera esencia de la enfermería, como de cualquiera de las bellas artes, no reside en los detalles mecánicos de la ejecución, ni siquiera en la destreza del ejecutor, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que subyacen a estas técnicas y habilidades, sin ellos la enfermería puede convertirse en un oficio de gran destreza, pero no puede ser una profesión ni una de las bellas artes. Todos los rituales y ceremonias de nuestro culto moderno a la eficiencia pueden imaginar y todo nuestro elaborado equipo, científico no nos salvaran si los elementos intelectuales espirituales de nuestro arte quedan subordinados a lo mecánico y si los medios llegan a considerarse más importantes que la finalidad.

La herencia de la enfermería es rica, su historia es un relato de descubrimientos que reflejan los nuevos avances realizados a cada generación, esta amplia gama de arte, constituyen una gran contribución a la comprensión de la propia enfermería que muestra sus aspectos más valiosos: cuidado y entrega; el cuidado es la esencia de la enfermería.

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

El diagnóstico de [Enfermería](#) proporciona mecanismos únicos para estructurar los conocimientos de [enfermería](#) en un intento de definir su rol y ámbito particular. La investigación para definir la [enfermería](#) y sus funciones comenzó con los escritos de

Nightingale, quien describió el propósito de la enfermería como el de “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.⁴

El Proceso de Atención de Enfermería es el método por el que se aplica la base teórica del ejercicio de la especialidad; sirve de guía para el trabajo práctico, permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, proporciona las bases para las investigaciones; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad, exige del profesional capacidades cognoscitivas, técnicas y personales, para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y prácticos. El diagnóstico de Enfermería puede proporcionar una solución porque sirve para definir la enfermería en su estado actual, clasificar el ámbito de la enfermería y diferenciar esta especialidad de la medicina.

1.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson Avenel

1897-1996

⁴ MERRINER, ANN. El Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico. Traducción de la 2ª Edición. Editorial Manual Moderno, México; 1990. Pag.26.



1.3 DATOS BIOGRAFICOS

Hija de Daniel B. y Lucy A. Henderson Tras una vida de de interés por el desarrollo de enfermería falleció dejando huellas imborrables a nuestra profesión 19 de marzo de 1996, en Branford, Connecticut.⁵

⁵ Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El [Proceso](http://www.aibarra.org/) de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pag 15, 16,17.

Recibió educación temprana en el hogar, con sus tías, su hermana y un tío, Charles Abbott, estudio en la escuela para niños de la comunidad, mostro interés por la enfermería y en los años venideros se preparo como enfermera , y se graduándose en 1921 en Washington, estudio la maestría en Teachers College, Columbia University,

Se desarrollo como miembro activo de la asociación de enfermeras de new york, y de Washington D.C.⁶

Avenel Virginia Henderson ha sido llamada la "primera dama de la enfermería" y la "primera enfermera verdaderamente internacional". Sus escritos, sus presentaciones y sus investigaciones y contactos con las enfermeras han afectado profundamente impactado de enfermería y los beneficiarios de la atención de las enfermeras en todo el mundo. Comenzó su carrera profesional de enfermería de salud pública en el Henry Street Settlement y en el servicio de visitas de enfermería en Washington, DC Fue la primera instructora de tiempo completo en la enfermería de Virginia cuando estaba en el hospital de Norfolk protestantes en Norfolk. Mientras que en el estado, fue activo en la Asociación de Enfermeras de Posgrado de Virginia. Ella diseñó un plan para crear organizaciones de distrito en el estado. Ella fue de los primeros defensores de la inclusión de la enfermería psiquiátrica en el plan de estudios y participó en un comité para desarrollar un curso en Eastern State Hospital en Williamsburg, Virginia en 1929.

Durante sus años en el Teachers College, Columbia University, Henderson fue un destacado docente y enseñó a estudiantes de muchos países a estudiar con ella. Las enfermeras a través de los Estados Unidos estudiaron con ella sin tener que abandonar sus escuelas. Otras publicaciones importantes surgieron de años de Henderson en la Universidad de Yale incluyendo *la investigación en enfermería un estudio y evaluación* en colaboración con Simonds Leo, El libro de Henderson, la *naturaleza de la enfermería*,

⁶ INTERNET. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pag 1, 2,3.

publicado en 1966, expresó su opinión acerca de la esencia de la enfermería e influyó en los corazones y las mentes de aquellos que la leen.

A la edad de 75 años dirigió su carrera a la enseñanza internacional y de habla hispana. Esto permitió a otra generación para cosechar los beneficios del contacto con la enfermera por excelencia del siglo XX.

Los honores otorgados a Henderson son numerosos. Para mencionar sólo unos pocos, tenía un diploma de honor de trece universidades, fue seleccionada para American Nurses Association Hall of Fame y tuvo la Sigma Theta Tau Internacional de Bibliotecas en su honor.⁷ Ella fue honrada por la Asociación de Enfermeras de Virginia en 1988, Histórico Premio de Liderazgo se presentó a ella⁸.

1.4 FUENTES TEORICAS.

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería.

- El primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer.
- El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946,
- El tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría

1.5 TENDENCIA Y MODELO.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas, que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o

⁷ HENDERSON, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68

⁸ INTERNET. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pag 1, 2,3

ayuda; Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente; se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

1.6 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

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

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

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

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.⁹

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

De acuerdo a la bibliografía revisada puedo definir a la enfermería como una ciencia humana que se desarrolla bajo la investigación en el desempeño de funciones, en relación con el cuidado del ser humano durante diversas posiciones en el equilibrio de la salud en las diferentes etapas de la vida.

SALUD.¹⁰

Es la calidad de salud más importante 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.¹¹

⁹ HENDERSON, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Pag 10, 11, 16.

¹⁰ HENDERSON, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.

¹¹ HENDERSON, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.

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

PACIENTE.¹²

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

NECESIDADES.

- 1º - Respirar con normalidad.
- 2º - Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno

¹² HENDERSON, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.

10º- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º- Ejercer culto a Dios acorde con la religión.

12º- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º - Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º - Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

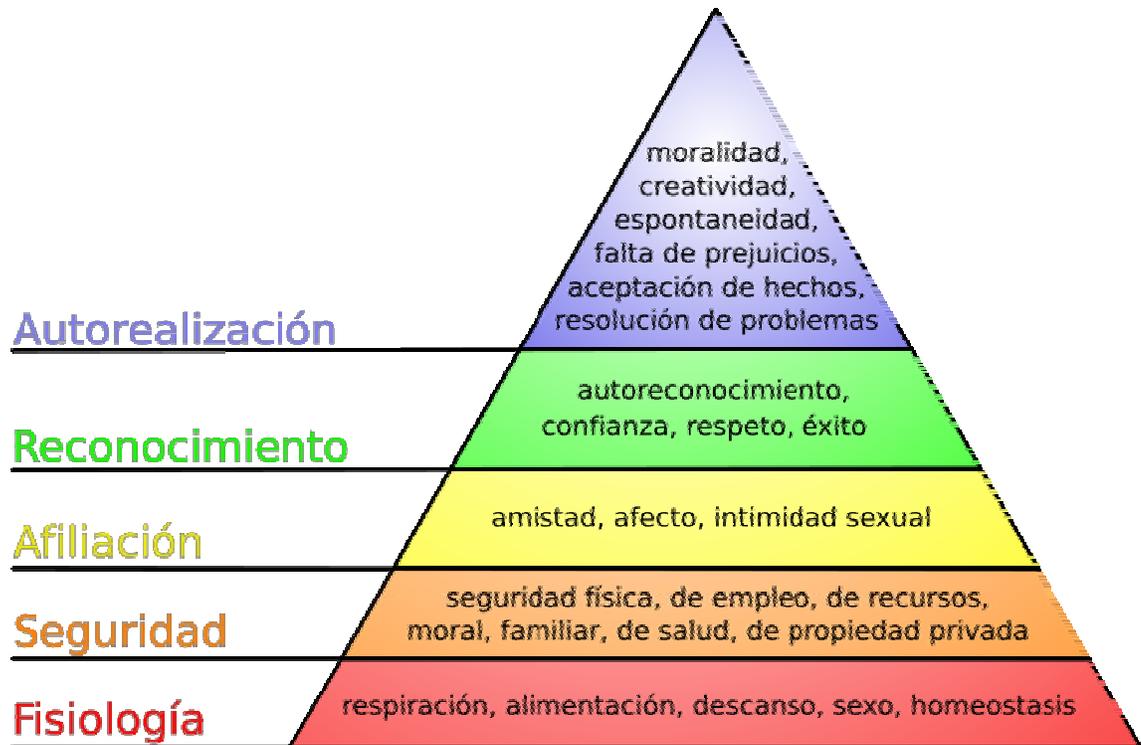
1. **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

2. **Variables:** estados patológicos :

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la autorealización .

Según Abraham Maslow, todas las necesidades del ser humano están jerarquizadas de forma tal, que se van cubriendo desde aquellas orientadas hacia la supervivencia, hacia las que se orientan hacia el desarrollo.¹³



A medida que uno va satisfaciendo las necesidades de un nivel inferior, como muestra la pirámide, uno como persona aspira a satisfacer las necesidades del nivel superior, de esta manera creciendo como persona.

Las necesidades que uno ha de satisfacer son según su importancia son: las fisiológicas, las de seguridad, las sociales o de pertenencia, las de estima y finalmente las de autorrealización.

¹³ INTERNET. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El [Proceso](#) de Atención de Enfermería. <http://www.aibarra.org/> Abril Pag 15, 16,17.

CONCEPTO DE INDEPENDENCIA.

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

CONCEPTO DE DEPENDENCIA.

Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud, está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

SUPUESTOS PRINCIPALES.

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

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

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

METODO LOGICO.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de principios psicológicos y fisiológicos¹⁴

1.8 AFIRMACIONES TEORICAS

1.9 RELACION ENFERMERA – PACIENTE.:

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

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

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

¹⁴ HENDERSON, V.A. (1978) the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo Pag 24

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.¹⁵

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.¹⁶

¹⁵ MARRINER. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y [Teorías](#) en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

¹⁶ HENDERSON, V.A. (1978) the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo Pag 24

II METODOLOGIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 CONCEPTO.

Existen en la actualidad diferentes definiciones del Proceso de Enfermería. Yura y Walsh 1967 sostienen que el Proceso de Enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería. Este propósito es conservar el estado óptimo de salud del paciente, y en caso de cambiar este estado, proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud, en caso de no poder recuperar la salud el Proceso de Enfermería debe contribuir a la calidad de vida del paciente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible.

Marriner añade que es el conjunto de una serie de pasos que intenta lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería. ⁽⁶⁾

Alfaro lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados” ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial. Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la enfermera en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

2.2 ANTECEDENTES.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), ellas consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

EL P.A.E .es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el P.A.E. configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

1

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

2.3 LOS OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

CARACTERISTICAS:

- Tiene una finalidad se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades.
- Se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

2.4 ETAPAS DEL PROCESO.

2.5 VALORACIÓN:

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes:

1. Fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.
2. Fuente secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Los conocimientos profesionales deben tener una base sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos también comprenden la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones, las habilidades en la valoración para la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos. El profesional de enfermería debe comunicarse de forma eficaz y observar sistemáticamente al paciente. La valoración sistemática puede basarse en distintos criterios:

- ✓ Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies". o cefalocaudal.
- ✓ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos".
- ✓ Criterios de valoración por "patrones funcionales de Salud".

La valoración incluye obtención de datos, verificación , organización registro y la documentación.

2.6 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

La segunda fase es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

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

LOS PASOS DE ESTA FASE SON:

1. Identificación de problemas: Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis, Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

VENTAJAS LA UTILIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SON:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos.
- Facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por “*La North American Nursing Diagnosis Association*” (NANDA) para la formulación y descripción de los diagnósticos, fueron 90 categorías diagnósticas, cada categoría con 4 componentes, en 1990, durante la novena conferencia.

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- ✓ F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa.
- ✓ F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.) De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- ✓ F. Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- ✓ F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Existen cuatro tipos de diagnósticos que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como Potenciales), y de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. 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.

- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).

- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).

- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo

inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad en base los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la Salud.

A la hora de escribir un Diagnóstico se debe tomar en cuenta una serie de **directrices**:

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan obtenido y validado con el usuario.

2.7 PLAN DE CUIDADOS.

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989), de acuerdo a la revisión bibliográfica se observa que esta etapa, a su vez se divide en 4 subetapas:

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

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

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación.

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

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

- **Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- **Estandarizado:** Según Mayers (1983), «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.

- **Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, 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.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.

- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones de enfermería lo cual se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

ETAPAS EN EL PLAN DE CUIDADOS.

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las acciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se

consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- **Documentación y registro.**

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES.

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- ❖ Dirigir los cuidados.
- ❖ Identificar los resultados esperados.
- ❖ Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

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

➤ **Normas generales para la descripción de objetivos.**

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

Estos objetivos dirigen las actuaciones de enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sean para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth (1998), en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisio-patológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- ✓ **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- ✓ Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- ✓ Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL PACIENTE.

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración). Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

ACCIONES 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 (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calidad de los que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- 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.

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

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

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.

- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

❖ El diagnóstico enfermero real:

- ✓ Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- ✓ Promover mayor nivel de bienestar.
- ✓ Controlar el estado de salud.

❖ Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- ✓ Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- ✓ Prevenir que se produzca el problema.
- ✓ Controlar el inicio de problemas.

❖ Para el diagnóstico enfermero posible:

- ✓ Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

❖ Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- ✓ Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

❖ Para problemas interdependientes:

- ✓ Controlar los cambios de estado del paciente.
- ✓ Manejar los cambios de estado de salud.
- ✓ Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

La determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

2.8 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 Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

2.9 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.

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

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- ✓ Observación directa, examen físico.
- ✓ Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos.

- ✓ Observación directa
- ✓ Entrevista con el paciente.
- ✓ Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- ✓ Entrevista con el paciente
- ✓ Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- ✓ Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional.

- ✓ Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- ✓ Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud).

- ✓ Entrevista con el paciente.
- ✓ información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

Tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

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

Segun M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- ✓ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ✓ En relación a los objetivos marcados.
- ✓ Como resultado de la intervención enfermera
- ✓ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

La evaluación es, continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

2.10 PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de la paciente, de 26 años de edad, Originaria del Distrito Federal con domicilio en la unidad habitacional militar localizada en Lomas de Sotelo, delegación Miguel Hidalgo, católica, casada, con estudios de licenciatura en Enfermería y actualmente se dedica al hogar.

Niega alergias, toxicomanías y transfusiones, Menarca a los 13 años, ritmo 3/30, inicia vida sexual activa a los 18 años, anticoncepción previa preservativo y anticonceptivos orales los últimos 2 años antes de su embarazo actual, Papanicolaou 2008 normal, PARA 0, FUM. 5 de junio del 2008, fecha probable de parto de 12 de abril del 2009. Madre diabética e hipertensa. Acude a la consulta externa a su sexta cita de control prenatal, en la cual se le indica que su estudio

de curva de tolerancia a la glucosa salió alterado por lo cual se le diagnostica diabetes gestacional, indicándole el médico dieta de 1800 calorías y ejercicio.

A la exploración física, se observa consciente, orientada en tiempo persona y espacio cooperadora muestra preocupación por su estado de salud , manifestado por movimientos de cabeza y se frota constantemente las manos, refiere que se le dificulta respirar , además le preocupa que puede pasar con ella y con su producto, mucosas hidratadas, la cabeza y cuello se encuentran normales, y conjuntivas normales, bien hidratadas; se le observan ojeras, refiere que no ha podido dormir bien porque se le dificulta respirar, la caja torácica con movimientos profundos y rápidos , mamas de gestante, con respiraciones profundas y rápidas, el abdomen globoso a expensas de útero grávido ocupado por feto longitudinal, único sin datos de compromiso abdominal, peso estimado del feto 1000 kg, vulva y vagina, sin presencia de sangrado transvaginal ni salida de secreciones; extremidades inferiores con edema leve a nivel de maléolos , con reflejos osteotendinosos normales, uñas de los pies normales, refiere que su peso era de 66 kg antes del embarazo y 74 en el embarazo a las 28 semanas Durante la valoración de las necesidades se encontraron alteradas las siguientes:

Necesidad de respirar.

Se realizan tres evaluaciones focalizadas:

1era. Evaluación 30 de octubre de 2008. la paciente refiere no saber qué es lo que le pasa ya que siente dificultad para respirar, tampoco sabe que complicación tendrá su bebe, se muestra muy angustiada, y casi no me escucha, se toca constantemente el cabello y agita las manos, trato de calmarla explicándole que va a estar bien ella y su bebe, sus respiraciones son rápidas y superficiales , observo que tiene exceso de peso, y que realmente no tiene conocimientos suficientes en relación con su embarazo y la complicación del mismo , que necesita orientación al respecto .

2/a Evaluación 05 de noviembre de 2008 la paciente refiere estar más tranquila porque ya tiene conocimiento del origen de su padecimiento, sabe que está mejorando, y tiene confianza que pronto se va a estar bien.

La paciente muestra tranquilidad en su persona, y confianza con el personal de enfermería expone sus dudas respecto a su padecimiento a si mismo lleva acabo el auto cuidado que se le enseña.

Observo tranquilidad en la paciente, la respiración es y regular, dice estar contenta con la dieta que se le proporciona, realiza pequeñas caminatas en el pasillo de la sala.

3era. Evaluación 13 de noviembre de 2008 la paciente refiere estar feliz por el rol que desempeña, también porque su glucosa se encuentra dentro de límites normales y su bebe se encuentra bien, ya no siente que se le dificulta respirar y el día de hoy es dada de alta, platica con tranquilidad y confianza , pregunta sobre los cuidados que va a tener en casa, se muestra feliz .

2.11 INSTRUMENTOS DE VALORACION.

INTRUMENTACION DE VALORACION:

FECHA: 30 DE OCTUBRE DE 2008.

DATOS GENERALES.

Nombre: **LCHS**

Edad: 26 años. Sexo: femenino Estado civil: Casada Ocupación: Hogar

Dirección: Unidad Habitacional. Militar Lomas de Sotelo.

Teléfono: 53486500

Escolaridad: LICENCIATURA EN DERECHO.

Lugar de procedencia: DISTRITO FEDERAL.

Diagnóstico médico: Embarazo de 28 semanas complicado con Diabetes Gestacional A 2.

Fecha : 30 DE OCTUBRE DE 2008

SIGNOS VITALES.

Respiración: FRECUENCIA 30X. Amplitud: buena___ mediana X reducida___

Pulso frecuencia: 86 x min. Ritmo: REGULAR Irregular ___ Amplitud: Fuerte Débil ___

SOMATOMETRIA:

Peso: 74 Talla: 155 Cintura Pélvica: _____

NECESIDADES:

1. RESPIRACION.

¿Tienen algún problema para respirar? No Si X Describa ME FATIGO CON FACILIDAD.

¿Fuma usted? No X Si ___ ¿Cuántos cigarrillos? _____.

¿Convive usted con fumadores? No X Si ___ ¿Dónde? _____

¿Tienen animales en casa? No Si ___ ¿de qué tipo? _____.

¿Su casa está bien ventilada? No ___ Si ¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? No Si ___

¿Cual? _____.

Explore (ruidos cardiacos y movimientos respiratorios)

2. ALIMENTACION.

¿Tiene algún problema con su apetito? No Si ___ ¿Describe? _____.

¿Sigue usted alguna dieta especial? No Si ¿Cual? **DIETA DE 1800 CALORIAS.**

¿Toma algún complemento alimenticio? No Si ___ ¿Cual? _____.

¿Su horario de alimentos es? Desayuno **09:00 HRS** Comida **16:00 HRS** Cena **21:00HRS.**

¿Qué alimentos consume habitualmente?

Desayuno	Ración	Comida	Ración	Cena	Ración
Huevos	2	verduras	1 golosina	Leche	1 vaso
Leche	1 ó 2 vasos	Sopa		cereal	pan
Pan tostado	2 o 3 rebanadas	Carne roja y pollo	Una pieza	Fruta (Plátano manzana)	1
		Tortillas	4		

Alimentos	Diario	Tres veces por semana	Ocasionalmente
Leche	X		
Carne		X (pollo)	
Huevo		X	
Pan	X		
Tortillas	X		
Frutas		X	
Legumbres		X	
Verduras			X

¿Cómo es su apetito en este momento? Normal Aumentado **X** Disminuido _____

Alimentos preferidos: **CARNES, QUESOS PAPAS FRITAS**

Alimentos que le desagradan: **NOPALES**

Alimentos que le produzcan daño: **NINGUNO**

¿Tiene problemas para masticar? No **X** Si ¿Cual? _____.

¿Sabe usted e una alergia alimenticia? No **X** Si ¿Cual? _____.

¿Cuántos vasos de agua toma al día? **COMO CINCO**

¿Come entre comidas? No ____ Si **X**

¿Qué tipo de alimentos? **GOLOSINAS**

¿Tiene dificultades para controlar su peso? No Si **X** ¿Por qué? **TENGO SOBRE PESO**

Variaciones en su peso el último año: Si **X** NO _____

¿Cuántos kg. de más o de menos? **14 KILOS DE MÁS.**

¿Por qué? **EL EMBARAZO ME DA HAMBRE Y SIEMPRE TIENDO A ENGORDAR**

Tiene problemas digestivos? No Si ____

3. ELIMINACION.

¿Cuántas veces defeca al día? **1 VEZ AL DÍA.**

¿Tienen problema de hemorroides? **No**

Diarrea **No**

Estreñimiento Sangrad **No**

Heces negras **NO** Heces con alimentos **No** Incontinencia fecal **No**

dolor al evacuar **No** otros: _____

¿Cómo lo soluciona? _____

¿Cuántas veces orina al día? **8 A 12 VECES APROX** ¿De qué color es su orina?
AMARILLA

¿Experimenta dolor al orinar? _____ NO Si ____ Describe _____

¿Ganas frecuentes de orinar? NO Si ____ ¿Dolor al orinar? No Si ____

¿Incontinencia urinaria? NO Si ____ ¿Esfuerzo al orinar? NO Si ____

¿Cómo lo remedia? _____

Explore (Globo vesical, cuadrantes abdominales, características de la orina) se observa

SE LE EXPLORA LA REGION ABDOMINAL NO SE DETECTA GLOBO VESICAL , NO REFIERE DOLOR EN NINGUN CUADRANTE, SE EXPLORA EL ABDOMEN EL CUAL SE ENCUENTRA GLOBOSO A EXPENSAS DE ÚTERO GRÁVIDO OCUPADO POR FETO LONGITUDINAL.

4. MOVILIDAD Y POSTURA.

¿Presenta dificultad para? Levantarse **NO** Sentarse **NO** Caminar **ME FATIGO CUANDO CAMINO**

¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que le dificulta su movilidad? **NO** Si ____ Describa _____

Explore (postura, marcha y simetría).

Paciente con **MARCHA NORMAL MIEMBROS INFERIORES CON EDEMA ++**

5.- DORMIR Y DESCANSAR.

¿Duerme usted bien? **NO** Si ____ Describa **NO PUEDO DORMIR BIEN PORQUE DE REPENTE ME FALTA EL AIRE**

¿Cuántas horas duerme? **08.00HRS.** ¿Duerme por la tarde? **NO** Si ____

¿Cuántas horas? _____ ¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? No ____ Si **X** ¿Por qué?

Problemas actuales: Ninguno **X** Pesadillas ____ Insomnio ____

Explore (ojeras bostezo, cansancio, hipo dinamia).

Se observa al paciente con **OJERAS Y SU ASPECTO MUESTRA CANSANCIO.**

6.- VESTIDO, HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

¿Cada cuando se baña? **DIARIO** ¿Su cambio de ropa es? **Diario** Parcial ____

¿Se lava los dientes? No ____ **Si X** ¿Con que frecuencia? **TRES VECES AL DIA**

¿Utiliza cepillo de dientes? No ____ **Si X** Su aseo de mano lo realiza: De vez en cuando ____ antes de comer **X** Después de ir al baño **X** antes de ir al baño ____.

¿Utiliza artículos personales? No ____ Si **X** ¿Por qué? _____ Utiliza crema, **X** jabón **X** desodorante **X** cosméticos **X** Otros: _____

¿Cada cuando cambia su ropa de cama? (Frecuencia) **CADA SEMANA.**

¿Por qué? **PARA EVITAR ACAROS**

¿El uso de la toalla de baño es personal? No Si **X** ¿Por qué? **POR ES IMPORTANTE QUE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA TENGA SU TOALLA PERSONAL POR QUE ES UN ARTICULO PERSONAL**

¿La actividad que realiza le impide mantener su higiene persona? No **X** Si ____

¿Es usted capaz en este momento de cuidar la limpieza y el orden de su casa? No **X** Si ____

¿Por qué? **ME CANSO MUCHO**

Explore:

Aspecto personal: **Limpio.**

Cabello: **Limpio.**

Dientes: **Ligeramente amarillentos.**

Uñas: **Limpiadas y cortadas.**

Pies: **Se observa edema ++ a nivel de maléolos, limpios.**

Técnicas de apoyo: curación _____ Masaje _____

Anticépticos _____.

7.- TEMPERATURA.

¿Tiene algún problema con el control de su temperatura? No **X** Si ____ ¿Cual?

¿Qué medidas toma cuando tiene frio? **ME ABRIGO BIEN.**

¿Qué medidas toma cuando tiene calor? **USO ROPA HOLGADA E INGIERO MAYOR CANTIDAD DE AGUA.**

MIDA Y OBSERVE:

Temperatura corporal: 36 C. Fármacos: NINGUNO Tratamientos de apoyo:

Otros, especifique: NINGUNO

8.- EVITAR PELIGROS.

¿Tiene problemas con los órganos de los sentidos? No Si ___ ¿Cual?

¿Tiene problemas para ver de cerca? NO

¿En su casa existe algún problema que lo ponga en riesgo? No Si ___ ¿Cual?

¿En su casa existe algún problema o condición física que lo ponga en riesgo? No ___ Si ___
¿Cual? _____

¿Conoce las medidas de protección en caso de incendio, temblores, etc.?

Algunas Todas ___ Ninguna _____

¿Es alérgico a algún medicamento? No No sabe ___ Si ___ ¿Cuál?
_____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Qué medidas lleva a cabo para
controlarla? _____

Explore (capacidad auditiva y visual, condiciones de peligro en la vivienda)

**LA PACIENTE ESCUCHA BIEN SU PERCEPCION AUDITIVA Y VISUAL ES NORMAL; EL
DEPARTAMENTO SE MUESTRA SEGURO CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS Y
ESTA UBICADO EN ZONA DE NIVEL MEDIO ECONOMICO.**

9.- COMUNICACION.

¿Escucha usted bien? No ___ Si

¿por qué? _____

¿Con quién vive? **CON MI ESPOSO**

¿Describe su relación? **BUENA EL ESTA MUY PREOCUPADO POR LO QUE NOS PUEDA PASAR A MI HIJO Y AMI.**

OBSERVE: (características del lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, apoyos, estados de conciencia)

SU LENGUAJE ES CLARO Y SEGURO .ME PERCATO QUE TIENE BUENA RELACION CON SU ESPOSO YA MUESTRA TERNURA AL REFERIRSE A SU ESPOSO Y SUAVIZA SU VOZ.

10. REPRODUCCION Y SEXUALIDAD.

¿Utiliza algún método de control natal? No Si ¿Cual? _____

En caso de ser mujer:

¿Sabe como explorar sus mamas? **MAMAS DE GESTANTE NO SE PALPAN NODULOS NI CARACTERISTICAS A NORMALES.**

¿Cada cuando se realiza su citología vaginal (Papanicolaou)? **Cada año.**

En caso de ser hombre:

¿Le practicaron a usted la circuncisión? _____

¿Utiliza condón? No Si

(Explore características de vestido y conducta con respecto a su género)

EL VESTIDO ES HOLGADO ADECUADO APARA UNA PACIENTE EMBARAZADA LIMPIO Y SE MUESTRA SATISFECHA DE ESTAR EN ESE ESTADO.

11.- CREENCIAS Y VALORES.

¿Qué sentido tiene para usted la vida? **QUE ES EL MÁS GRANDE TESORO Y LO ÚNICO QUE NOS PERTENECE Y QUE DIOS NOS REGALO.**

¿Qué opina de la muerte? **ES DONDE TODOS ALGÚN DÍA TENEMOS QUE LLEGAR**

¿Usted conserva alguna tradición durante el año? No **X** Si ___ ¿Cual? **NAVIDAD, AÑO NUEVO Y**

¿Tiene usted un hábito religioso? No Si **X** ¿Cual? **IR A MISA ALGUNOS DOMINGOS**

¿En este momento tiene usted algún pendiente? No **X** Si ___ ¿Cual? _____

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? **MI VIDA MI ESPOSO Y AHORA MI HIJO.**

OBSERVACIONES:

LA PACIENTE REFIERE SER CATOLICA PERO NO FANATICA RELIGIOSA.

12.- TRABAJO Y REALIZACION.

¿Esta usted contenta con el trabajo que realiza? No ___ Si **X** ¿Por qué? **ME GUSTA SER AMA DE CASA**

¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría? No **X** Si ___ ¿Por qué?

¿Qué metas tiene usted para este momento? **TERMINAR BIEN MI EMBARAZO Y QUE MI HIJO NO TENGA COMPLICACION.**

¿Pertenece usted a algún grupo de apoyo? Social **NO** Cultural **NO** Deportivo **NO** Religioso **NO**

¿Qué rol desempeña en la sociedad? **SER MUJER**

¿Qué rol desempeña en su familia? **ESPOSA**

De ese rol, ¿Qué es lo que más le gusta? **QUE VOY A SER MAMA Y VOY A DAR VIDA A UN SER HUMANO.**

OBSERVACIONES:

LA PACIENTE SE MUESTRA FELIZ POR LOS ROLES QUE DESEMPEÑA.

13.- RECREACION.

¿Cuenta con tiempo libre? No ___ Si **X** ¿A que lo dedica? **VER LA T.V. , IR AL CINE Y A LEER.**

¿Practica algún deporte? No **X** Si ___ ¿Cual? _____ Frecuencia _____

¿Su estado de salud le ha modificado sus actividades anteriores? No ___ Si **X**

¿Existen en su comunidad lugares para divertirse o para practicar algún deporte? No ___ Si **X**
¿Cual? **DEPORTIVO**

¿Acude usted a estos lugares? Frecuentemente _____ Rara vez **X** Nunca _____

OBSERVE: (Condiciones de la vivienda que propicien la recreación y el deporte)

LA VIVIENDA CUENTA CON PASTO ALREDEDOR COMO PARA REALIZAR EJERCICIO E INCLUSO PARA CAMINAR Y CORRER.

14.- APRENDIZAJE.

¿Ha recibido información acerca de su salud? No ___ Si **X**

¿De qué tipo? **LA QUE ME DICE EL MÉDICO.**

¿Hay algo que usted desearía saber acerca de su estado de salud o del de su familiar? No ___
Si **X** ¿por qué? **NO SE POR QUE ME FATIGO CON FACILIDAD.**

¿Usted se automedica? **No X** Si ___

¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud? **SI**

2.12 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

1. Deterioro de la respiración relacionada con embarazo de 28 semanas de gestación manifestada por frecuencia respiratoria de 30xmin. Y la paciente refiere fatigarse con facilidad.
2. Déficit de conocimientos relacionado por falta de información en la evolución de su embarazo así como de la complicación de la misma, manifestado por respiraciones rápidas y profundas. Además La paciente

muestra ansiedad, se frota constantemente las manos y realiza movimientos de negación de cabeza.

3. Desequilibrio nutricional por exceso (Dificultad para controlar su peso) relacionado con hábitos alimenticios inadecuados su dieta no es balanceada manifestado por sobre peso 74kgs., una talla de 1.55 mts. Y I.M.C.30.73. y alteración en la glucosa en sangre.
4. Déficit de actividades deportivas relacionado con falta de interés por mantener su peso dentro de límites normales manifestado por sobre peso I.M.C. DE 30.73.
5. Deterioro de la movilidad en marcha relacionado con sobre peso y embarazo manifestado por respiraciones rápidas y profundas , y la paciente refiere fatigarse con facilidad al caminar.
6. Deterioro del sueño y descanso relacionado con interrupciones del sueño por falta de aire para respirar manifestado por cansancio y ojeras y la paciente refiere que no puede dormir bien porque de repente le falta el aire.

2.13 PLAN DE CUIDADOS.

DIAGNOSTICO No.1

Deterioro de la respiración relacionada con embarazo de 28 semanas de gestación manifestada por frecuencia respiratoria de 30xmin. Y la paciente refiere fatigarse con facilidad.

OBJETIVO: TRANQUILIZAR A LA PACIENTE, PARA DISMINUIR LA ANCIEDAD, Y LOGRAR que tenga una

RESPIRACION normal	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar apoyo, a la sra. LCHS explicándole a detalle la importancia de mantener la tranquilidad. ➤ Enseñar a la paciente sobre las medidas de relajación para disminuir la ansiedad ,Explicar el conteo inverso a la sra. L.CH.Z(como contar empezando del No. 100 al 01). ➤ Orientar a la paciente sobre ejercicios y posiciones corporales que favorezcan la respiración (tales como respiraciones, profundas y pausadas, colocarse de lado izquierdo y la posición semifowler). ➤ Explicar a detalle los cambios normales ocurridos al sistema respiratorio durante el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La ansiedad produce que aumente la frecuencia en la respiración, y que estas sean más superficiales, provocando hipoxia en el organismo; al disminuir la ansiedad la respiración se regulariza y permite un intercambio gaseoso normal. La falta de información provoca inseguridad temor y ansiedad. ➤ Al contar los números en sentido inverso empezando del cien hasta llegar al uno, permite que la paciente se concentre en la serie (ocupando su mente) lo que trae como consecuencia respiraciones pausadas y tranquilas permitiendo un intercambio gaseoso adecuado, disminuyendo la ansiedad. ➤ La posición de semifowler favorece la expansión del pulmon; la presión del abdomen contrae al diafragma y evita la expansión pulmonar. La posición en decúbito lateral izquierdo favorece el riego sanguíneo , por lo tanto mantiene una adecuada oxigenación al organismo ➤ En el embarazo ocurren cambios en los diferentes órganos y sistemas de cuerpo el sistema respiratorio a consecuencia del desplazamiento hacia arriba del diafragma , durante los últimos meses del embarazo , el torax se dilata un poco lateralmente y compensa la situación aumentando el volumen del aire inspirado.la frecuencia respiratoria aumenta ligeramente.
<p>EVALUACION. Después de proporcionar información y explicarle los cambios que ocurren a nivel del sistema respiratorio, se observa a la paciente más tranquila y al preguntarle intencionalmente como se siente refiere estar tranquila; y La paciente aprendió las técnicas de relajación y las puso en práctica obteniendo mejoría.</p>	

DIAGNOSTICO No.2

Desequilibrio nutricional relacionado con hábitos alimenticios ocasionados por una dieta desequilibrada , manifestado por hiperglicemia de 188 mgs. Y Con una Talla de 155 cms , peso de 74 .0kgs. y un I.M.C. de 30.22.

OBJETIVO:	
<p>Explicar a la Sra. LCHS. La importancia de llevar una dieta adecuada en cantidad y calidad, así como la realización de actividades deportivas en forma constante, para mantener su organismo en buen estado de salud y evitar complicaciones durante y al término de su embarazo.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estimular y motivar a la paciente para reducir de peso y al mismo tiempo el índice de masa corporal; así como mantener la glicemia dentro de los parámetros normales, mediante la orientación en la preparación de una dieta balanceada y a través de pláticas de orientación sobre la importancia de la realización del ejercicio diario y constante. ➤ Vigilar la ingesta de una dieta hipocalórica ➤ Fomentar el ejercicio mediante un programa de ejercicios físicos de acuerdo a su situación (embarazo 28 S.G.) o orientar a la paciente a que se inscriba a un curso de psicoprofilaxis. ➤ Llevar un control de la glicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El motivar a la paciente le ayudara a tener deseos de lograr el objetivo deseado. ➤ un motivo es una incitación, un deseo, un impulso hacia una actividad determinada, supone algún tipo de fuerza impulsora interior que conduce al alumno a actuar. ➤ los motivos desempeñan un papel fundamental en la determinación de las actitudes y de la conducta humana en general ya que ésta no se genera sin motivos. ➤ Al mantener una dieta hipocalórica en la paciente se disminuirá los niveles de glucosa dentro de los límites normales, y al mismo tiempo, se va adquiriendo el peso deseado. ➤ En la clínica de la mujer existe programas de cursos para las pacientes embarazadas. (estimulación temprana , reducción de peso, psicoprofilaxis etc.). ➤ En las pacientes con diabetes gestacional se lleva un control de la glucosa a través de pruebas de tolerancia a la glucosa cada 2 sem.
<p>EVALUACION.</p> <p>Se logro el objetivo ya que la Sra. LCHS. Mantuvo la glucosa entre 98 y 120 mgrs. Y redujo 8kgrs. De su peso obteniendo un I.M.C. de 28.66, se inscribió en el curso de reducción de peso, y aprendió como preparar una alimentación de acuerdo a sus requerimientos metabolicos con la orientación de la nutrióloga de la clínica de especialidades de la mujer.</p>	

DIAGNOSTICO No.3.

Deterioro del sueño y descanso relacionado con insomnio manifestado por cansancio y inquietud.

OBJETIVO:

Ayudar a prolongar los periodos de sueño y descanso, logrando con ello estabilidad física y mental, lo que se manifestara

a través del estado de animo de la paciente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">➤ Identificar signos y síntomas de deterioro del sueño (somnia, sueño interrumpido, falta de descanso, irritabilidad ojeras). ➤ Disminuir las distracciones del entorno (luz, ruido) y proporcionar el confort necesario para el sueño. ➤ Eliminar de las comidas los alimentos que inducen al insomnio durante el día. ➤ Implementar medidas para disminuir el factor inquietante. (Desconocimiento de los cambios en el embarazo.)	<ul style="list-style-type: none">➤ El reconocimiento de los signos y síntomas del deterioro del sueño ayuda a una intervención oportuna.➤ El conocimiento del ciclo habitual del sueño, del descanso y rutinas que ayuden a inducir y mantener el sueño ayudan a dirigir las intervenciones del plan de enfermería para una optima recuperación del patrón del sueño.➤ al eliminar las posibles distracciones , ayudara a mantener el sueño y satisfacer las necesidades de confort ayuda a relajar y conciliar el sueño. ➤ La cafeína, el alcohol y el cigarro estimula al sistema nervioso central, son factores que producen el insomnio. ➤ El el miedo y la ansiedad estimulan el sistema nervioso simpatico incrementando el sentido de alerta e impidiendo el sueño.
EVALUACION.	
<p>se le explica a la Sra. LCHS. Las medidas y acciones a realizar para evitar el insomnio, las cuales realiza sin error y al cabo de una semana la señora mejoro, se nota con buen semblante mas relajada y sin ojeras, y al preguntarle como se encuentra, contesta con buena actitud y seguridad que ha descansado y mejorado mucho.</p>	

8.4. DIAGNOSTICO No.4.

Deficit de actividades recreativas relacionado con su embarazo manifestado por sobrepeso.

OBJETIVO:

Concientizar a la paciente de la importancia de la actividad física para su salud y la de su bebe.

INTERVENCIONES

- Motivar a la Sra. LCHS. Para reducir de peso y masa corporal a través de ejercicio y pláticas de orientación.

- Diseñar un plan de actividad física, para lograr que el ejercicio sea un hábito en la paciente.

- Motivar a la Sra. LCHS. A actividades compatibles con su estado(embarazo de 28 SEM.)

FUNDAMENTACION

- La motivación en la paciente ayuda alcanzar las metas deseadas las cuales se lograrán en la medida que esta se encuentre motivada.

- La actividad física mantiene un adecuado flujo cardíaco, mejora la oxigenación en el organismo, y acelera el metabolismo en la fase catalizadora, esto con el fin de aprovechar la reserva energética de proteínas y lípidos, por lo consiguiente se pierde gradualmente de peso y talla.

- Una actividad compatible con su estado actual garantiza en gran medida la constancia y la afinidad con la actividad logrando con ello el objetivo.

EVALUACION.

III CONCLUSIÓN.

El modelo de Virginia Henderson facilito la realización del proceso de atención de enfermería ya que este modelo te lleva de la mano para el cuidado de los pacientes de acuerdo a la dependencia e independencia de todo individuo sano o enfermo.

Es una serie de pasos, que no se debe de pasar por alto ninguno, por que perdería la secuencia.

Al aplicar el instrumento de valoración en forma adecuada se logra detectar las necesidades reales y por consiguiente establecer un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades alteradas, para lograr los resultados esperados.

Es importante jerarquizar por prioridad las necesidades detectadas ya que de esto depende la planificación de los cuidados que se proporcionarán al paciente para alcanzar un estado óptimo de salud en el mismo.

La atención personalizada, la comprensión y el interés por el paciente como ser humano por parte del profesional de enfermería lo motiva a lograr un cambio de actitud positiva para poder solucionar la situación que se le esta presentando.

IV SUGERENCIAS.

Como profesional de enfermería al aplicar el proceso de atención de enfermería se logra una atención efectiva y oportuna ya que al detectar las necesidades del paciente y jerarquizarlas te facilita la planeación de los cuidados.

Es importante que todos los profesionales de salud conozcan y apliquen los conceptos de las necesidades; así mismo saber detectar las necesidades de cada paciente y así planificar el plan de atención en forma individualizada a cada una de ellos.

Yo adquirí conocimientos y habilidad para detectar las necesidades de cada paciente, realizar la valoración en forma sistemática y eficaz; a si mismo planificar los cuidados de atención de enfermería en forma adecuada y oportuna y tener la satisfacción de haber cumplido en forma eficaz con mi trabajo, y disfrutar los logros alcanzados en el paciente.

Considero que todos que todos los profesionales de enfermería deberíamos de trabajar con el proceso atención de enfermería, el cual sería instrumento de trabajo que distinga a nuestra profesión, lo que mejoraría la atención de enfermería en beneficio del paciente.

V BIBLIOGRAFIA.

1. P.W. IYER, B.J. TAPTICH, D. BERNOCCHI-LOSEL. Proceso y Diagnostico de enfermería. Editorial Interamericana Mc.GRAW-HILL. 3ª. Edición. Pagina12.
2. MERRINER, ANN. El Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico. Trducción de la 2º Edición. Editorial Manual Moderno, México; 1990. Pag.26.
3. ROSALINDA ALFARO-Lefevre, MSN, RN. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Editorial MOSBY 3/a. Edición. Página 4,5.
4. BETHEA: "Enfermería Materno Infantil". Edit. Interamericana. 4ª Ed.
5. OLDS, S.B. y LONDON, M.L.;" Enfermería Materno Infantil";Edit. Interamericana 2ª.1987
6. MILLER: "Enfermería Materno Infantil"; Edit. Interamericana 2ª.1987
7. LEMOINE, G.P.: "Cuadernos de enfermería Obstétrica". Edit. Toray Masson. 1981.
8. RIDER. "Enfermería Materno Infantil". Ed. Interamericana. 1995.
9. DIDOMA, N. A. "Enfermería Maternal".Ed. Interamericana. 1996.
- 10.FURUKAWA, C.Y. Howe, J.K (1995) Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group.

11.HENDERSON, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Pag 10, 11, 16.

12.HENDERSON, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.

13.HENDERSON, V.A. (1978) the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo Pag 24.

14.INTERNET. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pag 15, 16,17.

15.INTERNET. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pag 1, 2,3.

16.MARRINER. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

17.BRUNNER Y SUDDARTH. Perspectiva Transculturales en Enfermería. En: Enfermería Medicoquirúrgica. 8va.ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998, t. 1, p 133-40

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.

DEFINICIÓN: Intolerancia del exceso de hidrato de carbono durante embarazo en mujeres quienes no tenían diabetes mellitus previamente.

PATOFISIOLOGÍA.

El embarazo origina una creciente resistencia a la insulina. Puede revelarse un defecto materno como la secreción disminuida de la insulina y/o la utilización reducida de la glucosa en los tejidos de la madre sensitivos a la insulina (ej., el sistema músculo-esquelético). Durante la progresión del embarazo, hay un verdadero exceso de hormonas múltiples, algunas de las cuales tienen un potencial diabeto génico. Estas incluyen la hormona luteinizante (LH), gonadotropina, coriónica humana (HCG), estrógenos, cortisol, progesterona, prolactina y somatomamotrofina coriónica humana (hcg). Puede observarse el alza progresiva en las concentraciones de hormonas en el suero como medios que sirven para proporcionar al feto una fuente de glucosa ininterrumpida. La DMG se presenta cuando la capacidad secretoria de insulina de la mujer embarazada es inadecuada para superar la resistencia progresiva de la insulina.

Se cree que un número de complicaciones que se observan en el recién nacido con DMG son secundarias a la hiperglucemia durante el embarazo. Estas incluyen: la macrostomia, la hipo calcemia, la hiperbilirubinemia, la hipoglucemia fetal, aflicción respiratoria. Anomalías congénitas, especialmente neurológicas y cardíacas son vistas en DM pregestacional con mal control glucémico. Esas malformaciones congénitas en los infantes de madres diabéticas incluyen: regresión caudal, espina bífida, anencéfalos, anomalías cardíacas y renales (8). Estableciendo y manteniendo un control óptimo del azúcar, el clínico puede influenciar favorablemente el resultado con una marcada reducción en las complicaciones. Debe destacarse que el riesgo de anomalías congénitas es más significativo en la paciente diabética antes de la gestación, ya que las perturbaciones en la homeostasis de la glucosa no se presentan normalmente antes del

segundo trimestre (consecuentemente después de la organogénesis) en la mujer con DMG.

DESCRIPCIÓN.

Durante el embarazo normal se producen adaptaciones metabólicas, encaminadas a corregir el desequilibrio que se produce al necesitar un mayor aporte nutritivo para el feto. Uno de estos desequilibrios consiste en que el organismo necesita un mayor aporte de insulina al precisar una mayor utilización de la glucosa.

Una prueba evidente de este cambio es la experimentada por toda embarazada, que suele notar por las mañanas los desagradables síntomas de la hipoglucemia: náuseas, somnolencia, cansancio, debilidad, etc.

Conforme avanza la gestación, la adaptación metabólica se intensifica, alcanzando gran importancia durante las últimas 20 semanas del embarazo.

Todos estos cambios metabólicos llevan a una serie de consideraciones cuando se producen en una mujer diabética:

- En algunas pacientes la Diabetes aparece por primera vez durante el embarazo.
- Los criterios convencionales para el diagnóstico de la Diabetes no son aplicables en la gestación.
- Conforme avanza la gestación se produce un aumento en las necesidades de insulina.

- Los criterios habituales de control metabólico estricto no son aplicables durante la gestación

DETECCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.

Los datos que sugieren la posibilidad de una DMG son:

- ◆ Historia familiar de diabetes, especialmente entre los familiares en primer grado.
- ◆ Glucosuria (glucosa en orina) en una segunda muestra de orina en ayunas (ver más adelante).

Una historia de:

- ◆ Abortos inexplicados.
- ◆ Recién nacidos grandes para la edad gestacional.
- ◆ Malformaciones en el recién nacido.
- ◆ Obesidad materna importante (90 kg o más).

Algunos datos con menor importancia son: multiparidad, toxemia del embarazo recurrente y partos prematuros repetidos.

La presencia de más de un dato aumenta la probabilidad de que haya un trastorno en el metabolismo de la glucosa.

La glucosuria (glucosa en orina) es un hallazgo frecuente, ya que el 15%, de las mujeres gestantes la tienen, por lo cual la búsqueda de casos basándonos en este dato

Aislado es infructuosa. La validez de esta prueba puede aumentar cuando se utiliza una segunda muestra de orina en ayunas: la orina emitida al despertarse se desprecia y se recoge una segunda muestra 15 minutos después, cuando la paciente aún permanece en ayunas.

La Asociación Americana de Diabetes, al igual que la comisión de expertos en la tercera Reunión Internacional sobre Diabetes Gestacional, recomienda que en las mujeres con 1 ó más factores de riesgo se realice un test entre la semana 24 y la 28 del embarazo para detectar oportunamente la enfermedad.

Esta prueba, llamada test de O'Sullivan, consiste en tomar una muestra de sangre en ayunas para determinar la concentración de la glicemia, posteriormente administrar 50 gramos de glucosa y a la hora repetir la extracción de sangre para medir las concentraciones de la glicemia. Si el resultado de la glicemia, a la hora de haber tomado la glucosa, es menor de 140 mg/dl (otros médicos consideran 135 mg/dl) se puede afirmar que no existe diabetes mellitus gestacional; pero si el resultado es mayor de 140 mg/dl, la embarazada debe someterse a otra prueba para confirmar o descartar la enfermedad.

SEGUIMIENTO DE LA DMG.

Después del puerperio debe repetirse la prueba de tolerancia a la glucosa. Si la prueba es todavía positiva, la paciente tiene una diabetes clínica (que se puso de manifiesto por primera vez durante la gestación).

Si es negativa, el diagnóstico correcto es de diabetes mellitus gestacional.

Como algunas pacientes con DMG desarrollan una DM clínica posteriormente, se les debe recomendar que mantengan un peso corporal normal y aconsejar que acudan anualmente a revisión, o inmediatamente si vuelven a quedar embarazadas.

MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL:

1. EL AJUSTE DIETÉTICO ES LA PRINCIPAL TERAPIA DE SOPORTE.

- a) La ingesta calórica debe de ser de 30 a 35 Kcal/kg. De peso/día. Se debe reducir ingesta a 24 Kcal/kg/día si el paciente es obeso.

- b) El paciente debe evitar panes, dulces, y cualquier hidrato de carbono de rápida acción.

- c) La composición dietética debe ser 50% a 60% de hidrato de carbono, 20% a 25% de proteína y 20% de grasa, con alto volumen de fibra.

2. VIGILANCIA OBSTÉTRICA.

- a) Un ultrasonido temprano, para saber la edad gestacional exacta.

- b) Seguimiento cada 2 semanas hasta la semana 36, después semanalmente.

- c) Determinación de glucosa (casera) cuatro veces al día (en ayunas y 1 hora después de cada alimento).

- d) Checarse en casa el nivel de glucosa en sangre en ayunas y analizarlas en cada visita al médico. Si los niveles de glucosa en ayunas son mayores que 105 (o los valores después de comer son 120 a 130), entonces el paciente se debe hospitalizar para asegurar un seguimiento adecuado de la dieta.

e) Si los niveles de glucosa en ayunas son de 110 o mayores, se indica terapia de insulina.

f) Checar diariamente cuerpos cetónicos en orina, para asegurarse que ha habido un consumo calórico adecuado.

g) Si se sospecha macrosomía, se practica un ultrasonido. Si el peso fetal se estima en 4000 gms. o más, se aconseja practicar cesárea al término del embarazo. La amniocentesis es útil para determinar la madurez del pulmón fetal previo a practicarse cesárea, ya que se ha visto que los hijos de madres diabéticas, tardan en madurar sus pulmones, comparado con hijos de madres no diabéticas y de edad gestacional similar.

h) Se debe practicar una prueba sin Stress de las semanas 34 a 35. Si no existe aumento de glucemia, la prueba se hace hasta las 38 semanas. Después de las 40 semanas de gestación, se comienza vigilancia fetal, y se recomienda la extracción del producto si hay cualquier evidencia de compromiso fetal.

i) A las pacientes con diabetes gestacional debe practicárseles una curva de tolerancia a la glucosa de 75 g. orales a las 6 semanas postparto, para verificar si persiste su intolerancia a los carbohidratos.

j) Todas las pacientes que cursan con Diabetes Gestacional tienen un riesgo aproximado del 35% de desarrollar diabetes en alguna etapa de su vida.

PROBLEMAS DE LA GESTACIÓN EN LA MUJER DIABÉTICA

Los problemas particulares de la gestación en la diabética pueden considerarse bajo varios encabezamientos:

PROBLEMAS MATERNOS:

➤ **Hipoglucemia**

La hipoglucemia es frecuente en la primera mitad del embarazo, sobre todo en el primer trimestre. Afortunadamente el feto tolera bien la hipoglucemia.

➤ **Cetoacidosis diabética**

Es un peligro real y al contrario de lo que ocurre con la hipoglucemia, es mortal para el feto.

➤ **Retinopatía (Lesión de la retina)**

La retinopatía ya está presente en muchas mujeres al comienzo de la gestación, y puede progresar conforme ésta avanza. La oftalmoscopia regular es, por tanto, importante. Paradójicamente, la progresión de la retinopatía puede estar relacionada con el inicio de un control metabólico estricto. Cuando aparece neo vascularización, puede controlarse con fotocoagulación, y no es, por tanto, una indicación para la interrupción del embarazo.

➤ **Nefropatía (Lesión renal)**

La nefropatía en la diabética gestante se define como la presencia durante la primera mitad de la gestación de proteinuria (presencia de proteínas en la orina) persistente, de más de 400 mg en 24 horas, en ausencia de infección.

Muchas pacientes también tendrán la tensión alta y otras complicaciones derivadas de la lesión renal. Estos casos requieren una supervisión meticulosa y el control de la hipertensión y de la diabetes mellitus, realizando rápidamente el ingreso hospitalario e induciendo el parto.

Las pacientes con trasplantes renales funcionales suelen tener gestaciones con éxito.

PROBLEMAS FETALES.

➤ **Muerte intraútero. (Muerte del feto en el útero)**

Puede producirse de forma inesperada e inexplicable

➤ **Malformaciones.**

Las malformaciones congénitas se dan en el 6-8 % de los hijos de madre diabética: son tres veces más frecuentes que en la población general.

El tipo de malformaciones cubre un amplio espectro, pero los defectos del canal neural y las lesiones cardíacas son bastante frecuentes.

Por lo tanto, se debe aconsejar a la mujer diabética que planifique su gestación y avise con anterioridad, para poder conseguir el mejor control posible antes de que tenga lugar la concepción. El cumplimiento de este consejo puede disminuir el número de malformaciones.

➤ **Macrostomias. (Recién nacidos de tamaño grande)**

➤ **Neonatos.** *(pequeños para la edad gestacional)*

Aunque lo habitual en los hijos de madre diabética es la macrostomia, algunos neonatos son pequeños para la edad gestacional, debido a un retraso en el crecimiento intrauterino. Esto es más frecuente en pacientes con DM de larga evolución con complicaciones vasculares.

MORTALIDAD EN LOS RECIÉN NACIDOS

➤ Síndrome de distress respiratorio (SDR) o enfermedad de las membranas hialinas.

Cuando las pacientes parían de forma rutinaria a las 36-37 semanas de gestación, debido a la falta de maduración de los pulmones del neonato, se producía una alteración respiratoria que numerosas veces era mortal. Hoy en día este problema puede ser previsto a tiempo evitándose numerosas muertes por esta causa.

➤ Hipoglucemia.

La hipoglucemia neonatal es frecuente, especialmente en los niños macrosómicos. El control metabólico estricto de la madre y del neonato en el postparto disminuye la frecuencia y gravedad de la hipoglucemia neonatal.

➤ Hiperbilirrubinemia.

Puede aparecer asociada a un parto prematuro.

TRATAMIENTO.

Debe aprovecharse toda oportunidad para discutir la importancia de establecer y mantener niveles de control glicémico cerca de lo normal (9). La fundación de un manejo sólido comienza con una nutrición apropiada. Se recomienda que la paciente sea vista por un nutricionista o dietista, registrado y licenciado. Para que cualquier programa alimenticio pueda tener éxito, obviamente tiene que haber sensibilidad hacia la parcialidad cultural en la preparación de la comida entre la población latina.

Independientemente del contenido de la comida, un punto de comienzo razonable es hacer que la paciente siga un programa alimenticio consistente en 35 Kcal. /kg de peso corporal ideal, con instrucciones apropiadas de la Asociación Americana de Diabetes. Una de las metas principales de la nutrición es prevenir la cetosis, así que debe evitarse el ayuno, y las comidas y bocadillos tienen que ser separados en forma apropiada. Un aumento en la cantidad del contenido de fibra puede ayudar a controlar los desplazamientos de glucosa postprandial y a minimizar el estreñimiento que usualmente se ve en el embarazo. La vigilancia de la glucosa en la sangre realizada en el hogar es algo primordial para todos los pacientes (10). La Asociación Americana de Diabetes y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología han establecido metas para los niveles de glucosa durante el embarazo.

Cuando se requiere la intervención farmacológica, la única modalidad aceptable es la insulina humana. Los agentes hipoglicémicos orales están absolutamente contraindicados, ya que hay informes de teratogénesis humana cuando se usan. Las sulfanilureas cruzan la placenta y pueden dar lugar a hiperinsulinismo, con riesgo presente de macrostomia y crecimiento anormal del feto, así como la preocupación de hipoglucemia fetal (11). En EE UU se ha introducido al mercado recientemente Metformin, una biguanida con amplia experiencia en todo el mundo. Como hasta ahora no hay estudios seguros sobre el uso de Metformin en el embarazo, no podemos recomendar su uso dentro de este marco. Lo mismo sucede con los nuevos inhibidores de las alfa

glucosidasas, como la acarbosa que, aunque no tienen absorción sistémica, no están indicadas durante el embarazo.

Como la glucosa en ayunas tiende a ser la más alta, se recomienda que se empiece con una dosis, a la hora de acostarse, de insulina de acción intermedia, tal como NPH. Se sugiere utilizar unas 0.15 unidades por kilogramo de peso corporal ideal ó 0.1 de unidades por kilogramo de peso corporal real.

La meta sigue siendo la misma: mantener el azúcar tan cercanamente como sea posible a la de la mujer embarazada que no es diabética . La insulina humana es la de elección sobre los productos de fuente animal. En las pacientes que tienen diabetes de pregestación, las bombas de infusión de insulina han ganado aceptación como una alternativa a la terapia convencional de insulina.

El uso de las bombas con DMG es de un valor más limitado, ya que la mayoría de las pacientes con DMG no siempre requieren insulina y el régimen de dosis múltiple normalmente es suficiente.

Se recomienda que se enseñe al paciente cómo llevar a cabo la vigilancia del azúcar para su control en el hogar. Las anotaciones diarias deben incluir los azúcares en ayunas, antes de las comidas y dos horas selectivas después de la comida. El paciente, afortunadamente, puede sentirse razonablemente cómodo con los ajustes diarios en la insulina, de acuerdo con un algoritmo establecido por el equipo de cuidado de la salud. La medición de la glicohemoglobina (HgA1c) cada 4-6 semanas debe permitir la vigilancia adecuada del control de la diabetes retrospectivamente, complementando los datos recogidos por la paciente.

El ejercicio debe incorporarse dentro del régimen de tratamiento. Jovanovic informó de un efecto benéfico usando ergometría del brazo como ejercicio durante el embarazo,

dando por resultado un control glicémico mejor sin la bradicardia fetal que se asocia con otras formas de ejercicio.

Una pregunta que surge frecuentemente entre la paciente y el médico es el riesgo de que una mujer con diabetes de la gestación desarrolle en un futuro diabetes postparto.