



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

---

---

## **PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

ESTUDIO DE CASO A UNA MUJER EN TRABAJO DE PARTO CON  
ALTERACION EN LAS NECESIDADES DE ALIMENTACION,  
CUIDADO E HIGIENE DE LA PIEL Y TERMORREGULACION

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**CLAUDIA ARANDA VALLE**

No DE CUENTA: 406117085

**MTRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL**

ASESORA



MEXICO, D.F.

JUNIO 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS POR DARMER LA FUERZA DE LEVATARME Y CONTINUAR CON ESTE PROCESO DE TITULACION.

A LA MAESTRA ANGELINA RIVERA MONTIEL POR TODA SU PACIENCIA EN LA ASESORÍA, PARA REALIZAR ESTE PROCESO DE ENFERMERÍA.

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA QUE LLEVA SU ENSEÑANZA A TODOS LOS LUGARES CON MAESTROS EXELENTER Y QUE SE PREOCUPA POR QUE EL PAIS LOGRE TENER MAYOR NUMERO DE PROFESIONALES EN ENFERMERIA.

A LA MAESTRA NORBERTA LOPEZ TARANGO POR IMPULSARME, E IMPULSAR ALA ENFERMERIA EN EL ESTADO DE MORELOS.

A LA MIS COMPAÑERAS QUE ME BRINDARON SU APOYO Y ME IMPULSARON PARA LOGRAR ESTE RETO.

A MIS FAMILIARES QUE ESTUBIERON EN TODO MOMENTO AYUDANDO PARA LOGRAR TERMINAR ESTE TRABAJO

## DEDICATORIAS

A DIOS QUE HA ESTADO EN MIS MOMENTOS DE TRISTEZA Y FELICIDAD Y QUE ME HA DADO LA FORTALEZA DE SEGUIR EN LOS MOMENTO DIFICILES

A LA MAESTRA ANGELINA RIVERA MONTIEL POR EL IMPULSO Y LA CONFIANZA QUE HA PUESTO EN MI.

A MIS PRINCIPALES MOTORES PARA NO DECAER Y SEGUIR CON ESTE PROCESO, MI ESPOSO VICTOR E HIJOS DIANA Y VICTOR.

A MI SUEGRA MARIA RODRIGUEZ QUE SIN SU APOYO NO UBIESE REALIZADO LA LICENCIATURA.

A MI PAPA POR EL TIEMPO QUE ESPERO RECUPERAR AL TERMINO DE ESTE PROCESO.

A MI MAMA QUE DONDE QUIERA QUE SE ENCUENTRE SE SIENTA ORGULLOSA DE MI.

A MI FAMILIA QUE A PESAR DE TODO SIGUE CONFIANDO EN MÍ PARA CONCLUIR MI TITULACION EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION-----	1
1. OBJETIVO-----	2
1.1. Objetivo General	
1.2. Objetivos Específicos	
II. MARCO DE REFERENCIA-----	3
2.1. Concepto de Enfermería	
Antecedentes Históricos de la Enfermería-----	4
Metaparadigma-----	6
2.2. CUIDADO-----	8
Cuidado Enfermero	
Tipos de Cuidado	
Tecnologías del Cuidado-----	9
2.3. Proceso de Atención de Enfermería-----	11
Antecedentes Históricos	
Definición	12
Características-----	13
Ventajas-----	14
Etapas-----	15
2.3.1 VALORACION	
Concepto	
Métodos y técnicas de información	
Métodos de exploración-----	16
FUENTES DE INFORMACION-----	17
2.3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA-----	20
Concepto	
Clasificación -----	21
Componentes de los diagnósticos-----	22
Normas -----	23
2.3.3. PLANEACION-----	25
Concepto	
Etapas	
Actuaciones de Enfermería-----	26
Tipos de Intervención	
Tipos de planes de cuidado-----	28
2.3.4. EJECUCION-----	29
Concepto	
Validación del plan de cuidados	
Registro de los cuidados-----	30

2.3.5 EVALUACION-----	31
Concepto	
Objetivos	
Revaloración o modificación del plan-----	32
2.4. NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON---	33
2.4.1. Antecedentes de formación de Virginia Henderson	
2.4.2. MODELO DE VIGNIA HENDERSON-----	34
Postulados	
Principales conceptos-----	35
Valores-----	36
Elementos mas importantes de su teoría	
2.4.3. METAPARADIGMA-----	37
2.4.4. NECESIDADES HUMANAS BASICAS DE VIRGINIA H.-----	38
2.5. DIABETES MELLITUS-----	41
Concepto	
Signos y Síntomas-----	42
Factores de Riesgo	
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO,PARTO Y PUERPERIO	
2.6. DIATOCIAS-----	44
CLAFICACION	
CAUSAS	
2.6.1. LACERACIONES DEL CANAL DE PARTO-----	46
Clasificación	
2.6.2. HEMORRAGIAS-----	47
CAUSAS	
ANSIEDAD	
Normas -----	50
3.1PENSAMIENTO CRITICO	
3.2. VALORACION-----	51
3.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	
3.4. PLANEACION-----	52
3.5. EJECUCION	
3.6. EVALUACION	
IV ENTREVISTA CLINICA-----	53
4.1. VALORACION	
4.1.1. APLICACIÓN PRACTICA DEL PROCESO-----	61
4.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA-----	63
CONCLUSIONES-----	78
V BIBLIOGRAFIA-----	79

## INTRODUCCIÓN

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA es un instrumento que permite otorga cuidados profesionales de una forma racional, lógica, sistemática. A través de él la enfermera puede identificar los problemas que afectan la salud de una persona, familia y comunidad y junto con ellos decidir cuales son las intervenciones que pueden ayudar a resolverlos. Para ello la enfermería requiere de un cumulo de conocimientos científicos y humanísticos, además del desarrollo de habilidades y destrezas para la valoración, comunicación e interacción entre otras.

El presente Estudio de Caso, esta dirigido a una mujer que presenta alteración en la necesidad de alimentación, cuidado e higiene de la piel y termorregulación. En él se pretende mostrar los conocimientos, habilidades y destrezas que se han desarrollado en la ayuda profesional de las personas que debido a diversas circunstancias presenta dependencia para la satisfacción de sus necesidades.

El estudio de caso se realizó a una mujer embarazada en trabajo de parto y que fue atendida en Hospital Gral. José G Parres, durante el trabajo de parto y el período expulsivo se identificaron diagnósticos de enfermería que justifican la ayuda profesional de enfermería.

El trabajo se encuentra integrado por tres capítulos; el primero hace referencia a los objetivos, el segundo al marco de referencia el cual incluye conceptos relacionados con la enfermería, el cuidado, el proceso atención de enfermería así como de información relacionada con los problemas que afectaron las necesidades de la embarazada. En el capítulo cuatro se presenta la descripción de la metodología de trabajo y por último la aplicación práctica del estudio de caso.

# **I OBJETIVO**

## **1.1.1 Objetivo General**

A través de la metodología del proceso la enfermera ayudará a una mujer en alteraciones durante el trabajo de parto, en la seguridad de riesgos.

## **1.2 Objetivos Específicos**

**1.2.1** A través de la valoración integrar una base de datos, referentes a las esferas biológicas, psicológicas, emocionales de la embarazada en trabajo de parto.

**1.2.2** Identificar los diagnósticos de enfermería que propician dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

**1.2.3** Tomar las decisiones que permitan planear los cuidados de enfermería que coadyuven a que la mujer logre la satisfacción de sus necesidades en lenguaje propio de Henderson.

**1.2.4** Con base a los resultados evaluar la eficacia o eficiencia de las funciones de enfermería en función de la resolución de enfermería.

## II MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

La enfermería se considera una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios, empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

Se concibe como un arte, por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional, lo que la hace ser creativa e innovadora.<sup>1</sup>

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.<sup>2</sup>

*1.-Pacheco Arce Ana Laura. Fundamentación teórica para el cuidado Ediciones UNAM-ENEQ. México 2005.*

#### **2 García González Ma. De Jesús**

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.3

Edición 2004.

## **Antecedentes Históricos De La Enfermería**

La historia de la Enfermería se basa en dos aspectos fundamentales: La mujer y el Cuidado. El género femenino está ampliamente ligado a la enfermería, ya que hasta hace unos años se consideraba a la enfermería una disciplina exclusiva de la mujer. El Cuidado es quien marca la diferencia entre la Enfermería y el resto de las disciplinas encaminadas a cuidar la salud del individuo.<sup>3</sup>

El inicio del cuidado se pierde en el tiempo, en la memoria y en la propia existencia del hombre.

Para profundizar un poco en la historia de la Enfermería, retomaremos las etapas que nos comparte (Carolina García Caro), ella resume a la enfermera y al cuidado en cuatro etapas:

Etapa Doméstica

Etapa Vocacional

Etapa Técnica

Etapa Profesional.

### **► Etapa Doméstica**

Se denomina así, porque la mujer en cada hogar era la encargada del cuidado y la crianza. Los cuidados estaban encaminados al mantenimiento de la vida a través de la alimentación, el vestido y las costumbres de la época, que hacen la vida más agradable.

### **► Etapa Vocacional**

El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento del cristianismo. La enfermedad era considerada como una gracia de Dios Todopoderoso, aquel que sufre; es un escogido por Dios, el sufrimiento debía ser consagrado a Dios y visto como oportunidad de purificación.<sup>3</sup>

3.-Iyer patricia W., et. Al. Proceso y diagnostico de enfermeria.3ra. Edición en español. MC.Graw-Hill, México PAG.2, 4

Lo importante en las personas dedicadas al cuidado era su actitud de obediencia, abnegación y sumisión, realizar su labor para glorificar a Dios y mantenerse dentro de las normas y enseñanzas de la Santa Iglesia.

Durante esta etapa la mujer es considerada como “consagrada”, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples.

Esta etapa abarca desde el nacimiento del Pensamiento Cristiano hasta finales de la era moderna de la Historia Universal.

#### ► **Etapa Técnica**

La Salud es entendida como una lucha contra la enfermedad. La clase médica se centraba en buscar las causas de las enfermedades y su tratamiento. La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, tales como: Medición de signos vitales, administración de medicamentos, curaciones entre otras. Esta etapa se inició a mediados del siglo XIX.

Estas tres etapas se conocen por su largo periodo de transición, como la etapa oscura de la Enfermería.

#### ► **Etapa Profesional**

La profesionalización de la enfermería, se atribuye a “Florence Nightingale”, sus esfuerzos lograron rescatarla de los siglos de ignorancia y superstición. Ella define a la Enfermería como la actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo a su recuperación, fue considerada como la primera teórica de la enfermería y que elevó a la misma al estatus de profesión. Introdujo como elemento de los cuidados aspectos conocidos actualmente como psicosociales.

Florence Nightingale, fundó la primera escuela formal de enfermería (1840), en la que se cursaban tres años de formación; su modelo es utilizado en muchas escuelas hasta la fecha.

Durante esta etapa, la salud es entendida como un proceso integral y no como un estado. Las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, y tratan de desprenderse de su dependencia histórica de otras disciplinas.

La enfermería describe la actuación diferenciada de su profesión, comienzan a emplear el método científico y a fundamentar sus cuidados, sustituyendo lo empírico, y así logra ser incluida como escuela dentro de las universidades.

Hoy en día la enfermería sigue avanzando por consolidar su autonomía profesional, realmente se ha logrado el reconocimiento profesional elevándola al nivel de Licenciatura, han surgido las Maestrías y Doctorados para Enfermeras, el número de Enfermeras Investigadoras ha aumentado; así mismo dentro del ejercicio profesional algunos países consideran a la enfermera como directiva o gerente de enfermería.

Sin embargo el trabajo de la enfermera para mantenerse firme como profesional, implica unión, esfuerzo y compromiso por parte de todo el gremio de enfermería a nivel mundial.

### **Núcleos Conceptuales De Enfermería**

Los paradigmas proyectan diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería y dirigen las actividades de una disciplina. Es por ello que en el trabajo que realizan las enfermeras se observan características de los diferentes paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia.

### **METAPARADIGMA**

Es el conjunto de conceptos globales que nos ayudan a identificar los fenómenos de interés para el desarrollo de una disciplina.

El Metaparadigma de enfermería contiene cuatro elementos fundamentales:

*PERSONA, ENTORNO, SALUD, ENFERMERÍA.*

**Persona:** Es el sujeto del cuidado, es una unidad corporal/física y mental, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas, que

tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea con el entorno.

**Entorno:** Comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y el medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona, por lo que un comportamiento sólo es significativo en la medida en que se contextualiza el entorno.

El entorno comprende además los sitios donde la persona se desarrolla: el hogar, la escuela, los centros de trabajo y los lugares en los que atiende su salud.

La interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud – enfermedad.

**Salud:** La salud es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona

**Enfermería:** La práctica de la enfermería es mucho más que la realización de técnicas y procedimientos, pues al ser la persona su razón de ser, requiere de una agudeza intelectual para elegir un cuidado que responda a las necesidades particulares de cada persona, lo que implica tener dominio de conocimientos teóricos y metodológicos, habilidades técnicas y actitudes de compromiso hacia el sujeto del cuidado.<sup>5</sup>

El objeto de estudio de la enfermería es el Cuidado.

<sup>5</sup>Pacheco Arce Ana Laura. Fundamentación teórica para el cuidado Ediciones UNAM-ENEQ. México 2005.

## 2.2 CUIDADO

### El cuidado enfermero

Son las acciones de enfermería en la conservación o la recuperación de la salud es. Asistir al paciente y a su familia en la satisfacción de las necesidades en que muestran dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad desarrollando un plan de acción según las necesidades en que se detecta la dependencia y las causas de esta (falta de fuerza, voluntad o conocimiento).

Las intervenciones de enfermería con el cliente, forman parte de la actividad cotidiana y permanente en la vida como lo que hace la enfermera para, por y con la persona. Conjunto de actividades enfocadas a preservar la vida y la salud paciente.

### Tipos De Cuidado

Dos tipos de cuidado de naturaleza diferente.

**Los cuidados de costumbre y habituales “Care”** relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida:

“**Care**” representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, están basados en todo tipo de hábitos de costumbres y de creencias estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia o duración todos los cuidados que la madre proporciona a su hijo son los que nos vamos a proporcionar cada día a medida que adquieramos autonomía.

**Los cuidados de curación: “cure”** relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: cure garantizan la continuidad de la vida limitar la enfermedad luchar contra ella, reduciendo riesgos potenciales el usuario haciendo uso de la tecnología en bien del usuario, los cuidados de enfermería es ayudar al usuario a desarrollar su capacidad a compensar la alteración de las funciones ocasionadas por la enfermedad. Los cuidados para preservar la vida y la salud han sido durante miles de años.

### **Tecnologías del Cuidado**

Por tecnología hay que entender un arte un conocimiento de los instrumentos su elaboración y justificación de su utilización El profesional de enfermería necesita un instrumento para que trabajé necesita una tecnología los instrumentos determinan la practica profesional que orientan y ayudan en bien del usuario, Los cuidados de enfermería han recurrido a tecnologías diversas siendo las principales aquellas que sirven para preservar la vida, estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisoluble del acto de cuidar, se han unido técnicas e instrumentos de curación cada ves mas complejas.

### **Tecnologías**

El primer instrumento es el cuerpo usado por una persona que prestaba cuidados y sigue hoy en día siendo el primer instrumento en los cuidados de enfermería. Es el vehículo es el mediador de los cuidados, mediante el uso del cuerpo se pueden brindar cuidados a otro persona. El primer sentido que utilizamos es el **tacto**, el sentido del **oído** es el vehículo de la **vista**: sitúa a las personas en su entorno descubre sus rostros descubre los mensajes enviados por todo el cuerpo.

## **Tecnologías Para El Mantenimiento De La Vida**

Son de gran variedad deben ser objeto de la imaginación y de la creatividad son todos los instrumentos utilizados para el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere por parte de la cuidadora un estudio de los hábitos de vida, aseo, tipo de alimentación el significado de la ropa o la manera de moverse, a la organización dentro del espacio dentro de la habitación.

## **Tecnología De Curación**

Al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de la enfermedad han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería van de los instrumentos mas sencillos hasta las maquinarias mas completas. Todo instrumento para la curación requiere de una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir.

## **Tecnologías De Información**

1. Primarias: el cliente es la primera fuente de información.
2. secundarias: los miembros d la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnostico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Pacheco Arce Ana Laura. Fundamentación teórica para el cuidado

## **2.3 PROCESO DE ATENCION DE ENERMERIA**

### **Antecedentes del proceso enfermero**

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatible con la naturaleza evolutiva de la profesión Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson en (1959), Orlando en (1961) y Wiedenbach en (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actuales. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases, valoración, planificación, ejecución y evaluación, a mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinal (1976) añadieron la fase diagnóstica dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la asociación americana de enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad a la atención al individuo, familia y comunidad.<sup>7</sup>

<sup>7</sup>Rodríguez Sánchez Bertha Alicia  
Proceso enfermero  
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México. p.31

## **Definición del Proceso Enfermero**

Según Rosalinda Alfaro (1993). Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados. Que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales en el término paciente se incluye también a la familia o a la comunidad. Consta de cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.<sup>8</sup>

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 Proceso Atención Enfermero 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:

□ **Valoración:** Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida 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.

<sup>8</sup>García González Ma. De Jesús  
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.21  
Edición 2004.

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

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad de igual forma identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares y comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

### **Características**

**Es un método:** Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o) que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, los que posibilitan la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

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

**Es humanista:** Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado)

**Es intencionado:** Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de

riesgo Al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades) el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

**Es dinámico:** Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

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

**Es interactivo:** Por requerir de la interrelación humano.<sup>9</sup>

## VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.<sup>10</sup>

Para la persona son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

**9 Rodríguez Sánchez Bertha Alicia**

Proceso enfermero p.29

Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México.

10 [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm)

Proceso de atención de enfermería

3 / 07 /09

## **ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación

### **VALORACIÓN**

**2.3.1** Esta primera fase del proceso de enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: Una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente y a los temas y diagnósticos de enfermería. Esta etapa es aplicable a todas las personas, familias y comunidades en los que el profesional de enfermería proporciona cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción.

### **MÉTODOS Y TÉCNICAS DE VALORACION**

Se inicia con la obtención de datos del paciente, los cuales, una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería generalmente la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física.

**La observación:** Es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto): Con esta se llega a un diagnóstico presuntivo o certero, y se puede iniciar la planeación del proceso de enfermería. Esta herramienta debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente (características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambiente) que lo rodea.

**La entrevista:** Al igual que la observación debe ser continua en la relación enfermera- paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; Requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente, la entrevista puede ser.<sup>11</sup>

11 Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva  
Fundamentos de Enfermería p.237,  
3ª edición

**Formal:** A través de un interrogatorio dirigido para desarrollar una empatía entre ambos, y obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados personalizados.

**Informal:** Durante la realización de cuidados en las que con frecuencia el paciente expresa sentimientos y problemas mismos que deben utilizarse para complementar la entrevista formal.

**El examen clínico:** Conduce a una observación mas precisa de los problemas que presenta el paciente, la cual se logra por la exploración de regiones desde la cabeza a los pies y por aparatos y sistemas, según sea el caso para ratificar e investigar alteraciones o problemas funcionales y de comportamiento significativos, y se complementa con los resultados de los exámenes gráficos y químicos necesarios.<sup>12</sup>

## **METODOS DE EXPLORACION**

En la actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Los enfermeros utilizan cuatro técnicas específicas. Inspección, palpación, percusión y auscultación.

**Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o de los compartimientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento simetría).

<sup>12</sup> Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva  
Fundamentos de Enfermería p.238  
3ª edición

**Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

**Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percute músculos o huesos.

Mates:

Aparecen sobre el hígado y el bazo. Híper sonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: Se encuentran al percutir el estomago lleno de aire.

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.

**Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino, también se puede escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

**Directa:** (paciente) el paciente es quien conoce su situación, vive sus problemas, por tanto es quien directamente puede dar información.

**Indirecta:** Se refiere a familiares, amistades o personas que conocen o han presenciado situaciones o problemas relacionados con el paciente.

**El expediente clínico:** Es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondiente a sus intervenciones.13

13 Ibídem Rosales Barrera p.238

## **Validación de datos**

La fase de valoración debe tener una base sólida de conocimientos relacionados con: Las ciencias médicas y de comportamiento, la anatomía y fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología, sociología y ética. Estos conocimientos ayudaran para hacer una valoración sobre el estado fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual del paciente el cual será la base para identificar los cambios en valoraciones posteriores.

En la recogida de los datos es muy importante discriminar entre datos objetivos y datos subjetivos.

**Datos objetivos:** Son los que se pueden observar y /o medir por ejemplo las cifras de temperatura. Se obtienen principalmente por medio del examen físico.

**Datos subjetivos:** Son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones. Por ejemplo, el dolor. Se obtiene mediante el interrogatorio. Los datos objetivos y subjetivos se complementan y clarifican mutuamente.<sup>14</sup>

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

Es el último paso de la etapa de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionando mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

<sup>14</sup> **García González Ma. De Jesús**

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.28  
Edición 2004.

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se trata de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<sup>15</sup>

Para la correcta anotación de registro de datos en la documentación deberán contener las siguientes características:

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

<sup>15</sup>Rodríguez Sánchez Bertha Alicia  
Proceso enfermero p46, 47, 48  
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México.

## **2.3.2. DIAGNÓSTICO**

### **CONCEPTO**

Es la segunda fase del “Proceso Enfermero”, que inicia al concluir la valoración y que construye una función compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia o comunidad; así como de los recursos existentes (capacidades).<sup>16</sup>

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. El 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.

El diagnóstico de enfermería se basa en las respuestas del paciente, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espiritual y sociales. Todas las situaciones que los enfermeros pueden atender de forma independiente.

Un diagnóstico de enfermería se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente. Estas funciones son: prevención, educación para la salud, cambio de actitudes hacia la salud o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cabal cumplimiento. El diagnóstico de enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar y debe de ser validado por el paciente cuando esto sea posible.

<sup>16</sup> **Rodríguez Sánchez Bertha Alicia**  
Proceso enfermero p.51  
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México.

**Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:** Reales potenciales y posibles.

**Diagnóstico real:** Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.

**Diagnóstico potencial:** Es el que no está presente en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

**Diagnóstico posible:** Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la posibilidad de que este presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

### **Pasos para elaborar un diagnóstico de enfermería**

El diagnóstico de enfermería se elabora en cuatro pasos todos muy importantes siendo los siguientes:

- Análisis de datos.
- Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería.
- Identificación de los problemas interdependientes.
- Identificación de las capacidades.
  
- **Análisis de datos:** Al realizar el análisis de datos es importante tener presentes las características o cifras consideradas como normales tanto a lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del paciente y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto ayuda a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud (signos de dependencia).

- **Identificación de problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería.**

- Se estudia la información que se tiene y se unen los datos que tengan relación entre sí por ejemplo. Bajo peso, periodos diarreicos frecuentes, ingesta calórica baja.

- Se identifican signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre los mismos hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- Nombre el problema utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta la persona.17

- **Identificación de problemas interdependientes**

La utilidad de identificar los problemas interdependientes esta en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas que a la enfermera le corresponde identificar son potenciales. Se sugiere que los problemas interdependientes no se escriban en el plan de cuidados de enfermería.18

- **Identificación de capacidades o datos de independencia**

- Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos o costumbres saludables.
- Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- Los recursos de la comunidad que utiliza o puede utilizar.
- Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y esta dispuesto a cooperar en lo necesario.

## **Componentes de los diagnósticos**

Cada una de las categorías diagnosticas aceptadas por la (NANDA) consta de tres componentes: Titulo, características definitorias y factores etiológicos o relacionado, los tres componentes se describen de la siguiente forma.

17 **García González Ma. De Jesús**

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.32, 33  
Edición 2004.

18 **Ibídem García González Ma. De Jesús p.35**

- **Título (o etiqueta):** Descripción breve del problema de salud consta de dos partes unidas por la frase relacionado con el problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados que corresponde a la etapa de planificación.

- **Características definitorias:** Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

- **Factores etiológicos y contribuyentes:** Identifican aquellos factores situacionales. 19

### **Como formular un diagnóstico de enfermería**

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (problema, etiología signos y síntomas) para su descripción es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente.

- El problema (p).

- La causa o etiología (E).

- Los signos y síntomas (S) (características definitorias que son evidentes en el paciente).

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación por la inclusión de los signos y síntomas. Se ha venido practicando hace varios años en las escuelas de enfermería.

### **Normas para escribir diagnósticos de enfermería**

- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que a las necesidades.

- Utilizar relacionado a / con.

- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista medico legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
- Evitar invertir el orden de la frase en la categoría diagnostica.
- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnostica.
- La primera parte de la categoría diagnostica debe incluir exclusivamente los problemas.
- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- Se deben expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuación de la enfermería.
- El diagnóstico medico no debe ser incluido en la categoría diagnóstico de enfermería.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Ibídem **García González Ma. De Jesús p.35**

### **2.3.3. PLANEACIÓN**

#### **CONCEPTO**

Es la tercera etapa del Proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma.

#### **La planeación consta de 4 etapas:**

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

#### **Etapas en el plan de cuidados**

**Establecer prioridades en los cuidados:** Posterior a la valoración y etapa de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en las cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas porque representan una amenaza para la vida de la persona.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave, sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.<sup>21</sup>

<sup>21</sup>Rodríguez Sánchez Bertha Alicia  
Proceso enfermero p.73, 74  
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México

**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, 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.

- **objetivos a mediano 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.

**Elaboración de las actuaciones de enfermería:** Esto es determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso) determinación de actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que los enfermeros y /o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la practica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente, las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> **García González Ma. De Jesús**

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.39  
Edición 2004.

**Documentación y registro.** Es el registro que realiza la enfermera (o) de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. **23**

### **Actuaciones de enfermería.**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboraran 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.

### **Tipos de Intervención de enfermería**

**Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se han de llevar a cabo una actuación médica.

**Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que esta legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia practica son actividades que no requieren la orden previa de un medico.

**Interdependientes:** Son aquellas actividades que los enfermeros llevan 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.

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 de 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.

**Tipos de planes de cuidados:** De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser:

- **Individualizado:** cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera(o) procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.

- **Estandarizado:** Un plan de cuidados estandarizado en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacio en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario.

- **Computarizado:** Surgen de planes creados por ordenador (Iyer 1977:210) después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.<sup>24</sup>

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.

<sup>24</sup> Ibidem Rodríguez Sánchez p.86

## **2.3.4. EJECUCIÓN**

### **CONCEPTO**

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

En esta etapa se debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

En esta fase el proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos.<sup>25</sup>

#### **Validación del plan de cuidados**

Es la validación de todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionistas del equipo de salud, según las necesidades o problemas del paciente para asegurar mayor éxito en su realización.

#### **Fundamentación o razonamiento científico**

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

<sup>25</sup> Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva  
Fundamentos de Enfermería p.252, 253,3ª edición

### **Brindar cuidados de enfermería**

Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentado científicamente, se procederá a su ejecución, pero debe considerarse que el paciente pueda presentar durante su atención en la comunidad o estancia hospitalaria, necesidades, problemas o situaciones inesperadas que alteren dicho plan que realice las modificaciones pertinentes sin que esto altere la atención del paciente.

### **Continuidad del cuidado**

La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

### **Registro de los cuidados**

El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles o probables e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud.

Estos registros deben ser claros, precisos, veraces, concisos, completos, para asegurar la continuidad y calidad de enfermería en los diferentes turnos, y que otros integrantes del equipo de salud conozcan con detalle y los considere en la atención interdisciplinaria que deben prestarse al paciente.<sup>26</sup>

### **2.3.5. EVALUACIÓN**

La evaluación es el proceso de valor o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

#### **La evaluación tiene como propósito.**

– Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.

– Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de este.

Las actividades de la fase de evaluación son la evaluación del logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan.

#### **La evaluación del logro de los objetivos**

Se inicia con la valoración del paciente: Esto significa que nuevamente se le tendrá que examinar y entrevistar para reunir datos de su estado actual de salud o enfermedad.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva  
Fundamentos de Enfermería p.254, 255. 3ª edición

## **La revaloración o modificación del plan**

Se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de los objetivos. Así se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de estos.

Ser realista e incorporar los factores que refuerzan el logro de los objetivos o bien reducirlos o eliminarlos, será la clave para lograr un plan de cuidados eficaz, eficiente e individualizado.

El proceso de evaluación es un factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad ya que estos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover y realizar continuamente la investigación en enfermería.

Así pues la evaluación sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.<sup>28</sup>

## 2.4 NECESIDADES FUNDAMENTALES VIRGINIA HENDERSON

### 2.4.1 ANTECEDENTES DE FORMACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON



Virginia Henderson es una enfermera norteamericana. Nació en el año 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingreso a la escuela de enfermería de la armada en Washington D.C. graduándose tres años mas tarde. Inicio su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regreso a la universidad. Donde obtuvo el grado de maestra en artes con especialización en docencia de enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica. Volvió a la universidad para trabajar como profesora. Impartiendo cursos sobre el proceso analítico y practica clínica, por el periodo de 1930-1948. Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harem, que se publico en español con el nombre tratado de enfermería teórica y practica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

El modelo de enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas. En el grupo de la enfermería humanística, porque considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.<sup>29</sup>

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> **García González Ma. De Jesús**

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.11  
Edición 2004.

## **2.4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**Un Modelo.** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.

**Una Teoría.** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

Virginia Henderson formulo postulados, valores así como conceptos y definiciones constitutivas y relacionales de los fenómenos centrales (persona, entorno, enfermería y salud).

### **POSTULADOS**

En los postulados que sostienen el modelo, se descubre el punto de vista de la persona que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson son:

- El individuo sano o enfermo es un todo complejo, que presenta catorce necesidades fundamentales.
- La persona quiere la independencia y quiere lograrla. El rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.
- Cuando una necesidad no esta satisfecha, la persona no es esta completo, entero independiente.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

## **PRINCIPALES CONCEPTOS**

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

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

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

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

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

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

Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

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

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

**Voluntad:** Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.<sup>30</sup>

## **VALORES**

Los valores que fundamentan el modelo de V Henderson son tres:

1. la enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales
2. cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede prestar. **31**

## **LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

<sup>30</sup> [www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm](http://www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm)

Virginia Henderson

5/07 /2009

<sup>31</sup> *Método científico y proceso de enfermería UNAM ENERO II Antología pág. 156 p.36*

### 2.4.3 CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

**Persona:** Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Influible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

**Entorno:** Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores: Físicos: aire, temperatura, sol, etc. Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

**Salud:** La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

**Enfermería** La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.<sup>32</sup>

## **ELEMENTOS DEL PARADIGMA DE VIRGINIA HENDERSON**

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define 14 necesidades fundamentales; que son las siguientes:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Moverse y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.<sup>33</sup>
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

<sup>32</sup>[www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm](http://www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm)  
Virginia Henderson  
5/07 /2009

<sup>33</sup>García González Ma. De Jesús El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p. 13 Edición 2004.

## **NECESIDADES**

### **Las necesidades humanas básicas según Henderson**

Para mantener un equilibrio entre las necesidades humanas y las dimensiones holística: (biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual), la persona debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Para valorar este alcance, el modelo maneja los términos de: Independencia y Dependencia.

**Independencia:** Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el individuo realiza por si mismo, sin la ayuda de otra persona.

**Dependencia:** Incapacidad del individuo para adoptar comportamientos o realizar por si mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

#### **• Necesidades de oxigenación**

Promover la salud y la vida, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones.

#### **• Necesidades nutricionales**

Conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aporte de líquidos adecuados.

#### **• Necesidades de eliminación**

Mantener la salud mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones óptimas la función de eliminación.

#### **• Necesidades de movimiento**

Mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento.

- **Necesidades de descanso**

Promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y el descanso, para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

- **Necesidades de higiene**

Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuado que eviten deformidades y proporcionen comodidad.

- **Necesidades de termorregulación**

Promover la salud mediante la puesta de actividades, para mantener la temperatura dentro de las cifras normales.

- **Necesidades del cuidado de la piel.**

Promover la salud mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservarla en óptimas condiciones.

- **Necesidades de evitar riesgos y peligros**

Promover la salud mediante la practica de medidas para evitar riesgos de enfermedad o morir.

- **Necesidades de comunicarse**

Tener una relación de ayuda con la persona, que evite barreras de la comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

- **Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores**

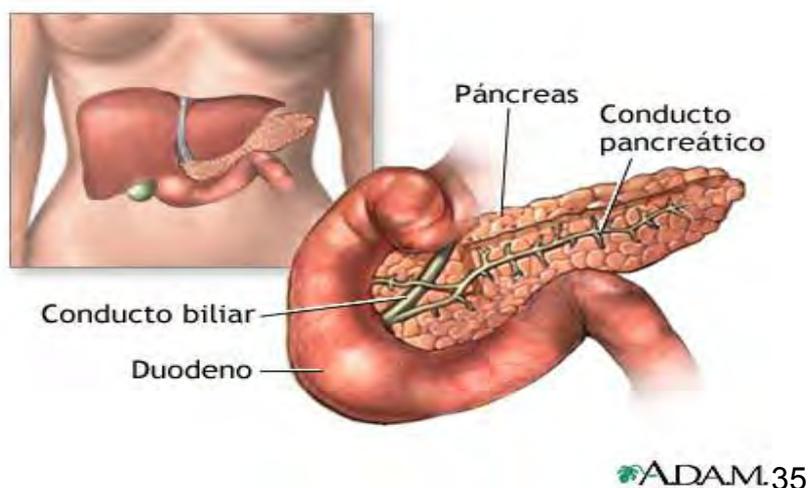
Atender a las necesidades espirituales de los pacientes considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales.<sup>34</sup>

**34**García González maría de Jesús

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.127, 117,174, 148, 211, Edición 2004 editorial Progreso S.A. DE CV

## 2.5 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

### CONCEPTO



La diabetes sacarina o mellitus es una complicación grave del embarazo, en la que se presenta una afección endocrina del metabolismo de carbohidratos, crónica degenerativa que se debe a deficiencia en la producción de insulina en las células de los islotes de Langerhans, en el páncreas.

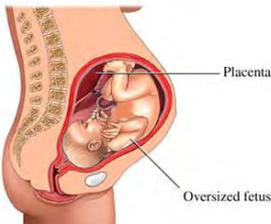
La insulina es una hormona esencial que se requiere para transferir la glucosa al interior de las células musculares y del tejido adiposo. Cuando la glucosa no puede penetrar a las células del cuerpo porque la cantidad de insulina es deficiente o inadecuada se altera el metabolismo de grasas y proteínas. Es probable que se produzca catabolismo de proteínas, cetosis y balance negativo de nitrógeno. A medida que la glucosa en sangre aumenta de manera constante, las células pierden agua y se produce glucosuria. Surge deshidratación extracelular por presión osmótica alta y mayor cantidad de glucosa en orina. Como resultado de estas adaptaciones fisiopatológicas se manifiestan los siguientes signos y síntomas<sup>35</sup>

<sup>35</sup>Con la **diabetes gestacional**, 400 × 320 - 19 k - jpgumm.edu 41 eneo

<sup>35</sup>Laura Jiménez Trujano, Catalina Mendoza Colorado, Adelina Montoya Martínez Obstetricia II UNAM ENEO P 308,309

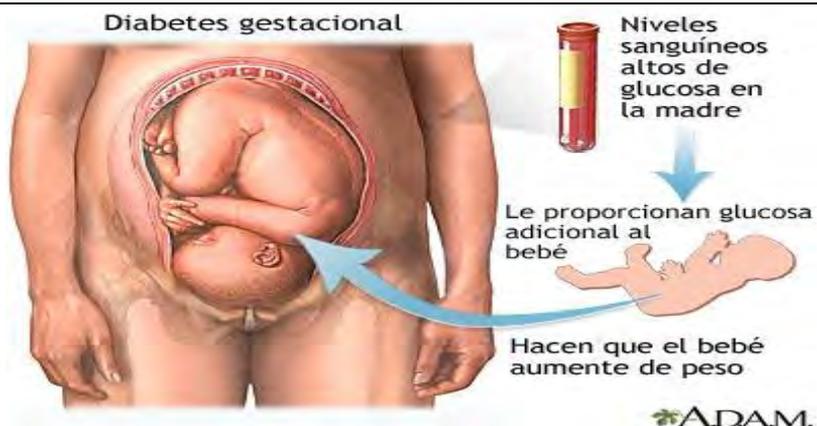
## SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DIABETES GESTACIONAL

- Aumento del requerimiento de insulina - Tendencia a la cetoacidosis
- Exacerbación de los síntomas clínicos de la diabetes
- facilidad de aparición e lesiones diabéticas (retinopatía)
- dificultad para estabilizar los síntomas con el tratamiento
- aumento 7/o aparición de glucosuria.
- tendencia a la hipoglucemia durante el puerperio

FACTORES DE RIESGO DM	COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Antecedente de óbito, aborto espontaneo</li> <li>- Antecedente Macrosomía F</li> <li>- Diabetes O DM gestacional</li> <li>- Antecedente de diabetes famil.</li> <li>- Obesidad materna</li> <li>- Embarazos múltiples</li> <li>- Infecciones urinarias o vaginales</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Abortos habitual</b></li> <li>- polihidramnios</li> <li>- Partos prematuros</li> <li>- Preeclampsia (25% con control, 45% sin control) o eclampsia</li> <li>- Malformaciones congénitas</li> <li>- <b>Infecciones maternas-</b></li> <li>- <b>Macrosomía fetal:</b></li> <li>-<b>compromiso fetal y distocias durante el parto</b></li> <li>-hemorragia en el puerperio</li> <li>-Morbilidad fetal</li> <li>-atonía uterina</li> <li>- parto por intervención cesárea<sup>36</sup></li> </ul>

36Héctor Mondragón C. Complicaciones del embarazo y puerperio Editorial trillas P. 259, 260

## MACROSOMÍA FETAL



Esta grasa tiende a acumularse en la zona de los hombros y el tronco, lo que dificulta el parto vaginal e incrementa el riesgo de que el bebé sufra daños durante el mismo.



## **2.6 DISTOCIAS**

El termino distocia se emplea para designar un trabajo de parto difícil o prolongado y mas doloroso, se define como la perturbación o anomalía del mecanismo del parto, causada por factores maternos; fetales o mixtos que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

### **CLASIFICACIÓN**

#### **Distocias de origen materno**

- por alteración de la contractilidad uterina.
- por alteraciones de la pelvis ósea.
- por anomalías de partes blandas del canal del parto.

#### **Distocia de origen fetal**

Estas se deben a que el tamaño anormal del feto o su presentación no permiten efectuar el parto.<sup>38</sup>

### **CAUSAS**

Entre las causas que se suscitan durante el trabajo de parto pueden incluirse algunos o una combinación de los siguientes:

**Problemas con las fuerzas participantes:** las contracciones uterinas pueden no tener la fuerza o la coordinación adecuadas durante la primera etapa del trabajo de parto para lograr la dilatación o el borramiento cervicales. O bien, es posible que el deseo voluntario de pujar, aunado a las contracciones uterinas, no sea suficiente para lograr el descenso y la expulsión del feto durante la segunda etapa.

**Canal o conducto:** existen variaciones en el tamaño y la forma de la pelvis ósea u otras anomalías del conducto reproductor que interfieren en el encajamiento, descenso o expulsión del feto.

**Feto:** la presentación o posición imperfecta del feto, su tamaño inusual o su desarrollo normal pueden impedir que se introduzca o pase por el conducto del parto.

**Psiquis:** Los factores maternos como la angustia, falta de preparación y el temor pueden interactuar con otros aspectos o en ocasiones operar en forma independiente, para prolongar el trabajo de parto.<sup>39</sup>

38 Héctor Mondragón C. Complicaciones del embarazo y puerperio Editorial trillas P. 522

39 Laura Jiménez Trujano, Catalina Mendoza Colorado, Adelina Montoya Martínez Obstetricia II UNAM ENEO p. 374

### **2.6.1. LACERACIONES DEL CANAL DE PARTO**

A pesar de que el parto es un acto fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, después de un parto con maniobras, con frecuencia resulta traumático y produce lesiones diversas en las estructuras blandas que recubren la pelvis. Dichas lesiones se localizan con mayor frecuencia en: periné, vulva, vagina, vejiga, recto, cérvix. El sangrado arterial rojo vivo en presencia de un útero duro y muy contraído (sin atonía uterina) sugiere que la hemorragia es consecuencia de una laceración cervical.

Por consecuencia, los desgarros del perineo pueden causar daños importantes al destruir la integridad del perineo y debilitar los soportes del útero, la vejiga y el recto. A menos de que se reparen estas laceraciones en forma adecuada, la debilidad resultante puede ocasionar prolapso del útero, cistocele o rectocele con el correr del tiempo. Estos trastornos pueden ocasionar muchas molestias y a menudo requerir tratamiento quirúrgico. 40

#### **CLASIFICACION**

Las lesiones perineales, llamadas “desgarros” perineales se clasifican según el grado de extensión que tengan en:

**Laceraciones de primer grado comprende:** piel, tejido celular y mucosa vaginal.

**Laceraciones de segundo grado** comprenden lo anterior, y además, las fibras del esfínter anal; estas lesiones generalmente se prolongan hacia ambos lados de la vagina.

**Laceraciones de tercer grado** comprenden lo anterior mas sección completa del esfínter externo del ano con retracción de las fibras musculares, y mucosa y pared muscular del recto, con frecuencia comprenden la mucosa vaginal hasta los fondos de saco.41

40 Laura Jiménez Trujano, Catalina Mendoza Colorado, Adelina Montoya Martínez Obstetricia II UNAM ENEO p. 431

41 Héctor Mondragón C. Complicaciones del embarazo y puerperio Editorial trillas P.484

## **2.6.2. HEMORRAGIAS**

Es probable que en estados unidos las hemorragias sean una causa de mortalidad materna más importante de lo que indican las estadísticas, pues las estadísticas vitales nacionales solo se basan en la causa inmediata que causa la muerte. La muerte de una mujer que sufrió una hemorragia después del parto, que contrajo una infección posparto y falleció se clasificaría como muerte por infección, pese a que la hemorragia fue la causa real y fundamental.

### **HEMORRAGIA POSPARTO TEMPRANA**

Se define como una pérdida de más de 500ml durante las primeras 24 horas después del parto sin embargo la mayoría de los obstetras estiman la cantidad de sangrado durante el parto y algunos estudios informan que la pérdida calculada por lo general es la mitad de la pérdida real. Por consiguiente, una perdida estimada de mas de 500ml sirve para poner en sobre aviso a la enfermera y al medico.

### **CAUSAS**

En orden de frecuencia, las tres causas inmediatas de hemorragia postparto son:

- Atonía uterina.
- retención de restos placentarios.
- laceraciones del conducto de parto (perineo, vagina y cuello uterino)

Los desgarros del perineo, de la vagina del cuello uterino tienen particularmente mayor posibilidad de ocasionar hemorragias graves.

- Un parto de un niño macrosómico, los fórceps medios o de rotación, la manipulación intrauterina y el parto posterior a cesárea son ejemplos de situaciones en las que el traumatismo tiene posibilidades de ocasionar una hemorragia posparto, posiblemente debido a las laceraciones del útero o del canal de parto.<sup>42</sup>

42 Laura Jiménez Trujano, Catalina Mendoza Colorado, Adelina Montoya Martínez Obstetricia II UNAM ENEO p. 422, 430

**2.6.3. ANSIEDAD:** esta es la respuesta frecuente en el estrés es un estado de intranquilidad mental, aprensión, terror o un presentimiento o una sensación de desamparo en relación con una amenaza no identificada, próxima o anticipada, con respecto a uno mismo o a una relación muy importante, es el resultado de conflictos psicológicos o emocionales.

**La ansiedad se puede manifestar en cuatro niveles diferentes:**

**Leve:** que produce un estado de excitación ligero que intensifica las capacidades de percepción aprendizaje y creación.

**Moderado:** incrementa el estado de excitación del cliente hasta el punto donde la persona manifiesta sentimientos de tensión, nerviosismo o preocupación.

**Severa:** consume la mayor parte de las energías de la persona y que requiere intervención. La percepción disminuye aun más. La persona es incapaz de centrarse en lo que esta sucediendo.

**Pánico:** es un nivel de ansiedad abrumadora y aterradora que provoca en la persona una pérdida de control.

LA ANSIEDAD Y PREOCUPACION SE ASOCIAN A 3 O MAS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

1. Nerviosismo, inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad (cansancio) fácil
3. Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
6. Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar, mantener el sueño o sensación al despertarse de no haber descansado bien (sueño no reparador)

7. sudoración, palpitación o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona

### III METODOLOGIA

El presente estudio del caso tendrá 2 ejes fundamentales; el primero, estará centrado en la metodología del proceso atención de enfermería el cual se abordara desde su clasificación en 5 etapas:

1. VALORACION
2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.
3. PLANEACION.
- EVALUACION.
- EJECUCION

La orientación a partir de la cual se significa al PAE será desde la visión del pensamiento crítico que exige a la enfermera la puesta en marcha de sus habilidades cognitivas especializadas para la toma de decisiones en el cuidado de la salud humana.

#### 3.1 PENSAMIENTO CRÍTICO

El pensamiento critico según lo estudiado se puede deducir como un pensamiento en el cual nosotros ponemos en práctica aptitudes racionales, valores para acercarse a la verdad de un hecho y esto nos va a hacer de suma importancia en nuestra profesión ya que si somos capaces de formarnos con un pensamiento crítico, nosotros vamos hacer personas competentes lo cual hará que nosotros podamos distinguirnos de personas cerradas que lo único que consiguen es bloquearse ellas mismas.<sup>1</sup>

**El pensamiento crítico aplicado en la práctica enfermera:** Las enfermeras deben pensar de forma crítica, ya que las decisiones de enfermería pueden afectar profundamente las vidas de los clientes y sus familias. Pero el pensamiento crítico no se limita a resolver problemas o adoptar decisiones; las enfermeras profesionales utilizan el pensamiento crítico para hacer observaciones formales, extraer conclusiones válidas, crear información e ideas nuevas, evaluar líneas de razonamiento y mejorar su propio conocimiento.

Las habilidades que se desarrollaron son: análisis, síntesis, inferencia, inducción, decisión.

El segundo eje es de carácter teórico y se sustenta en las necesidades fundamentales de Virginia Henderson como un referente para ubicar al paciente - persona y orientar las intervenciones hacía el cuidado y a la persona y no a la enfermedad y a la curación.

### 3.2. VALORACION

Para la valoración de enfermería se contó con el consentimiento de la mujer, se utilizaron como métodos la observación, la entrevista y el método clínico; los datos obtenidos a partir de estos métodos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual esta diseñada por necesidades.

Las fuentes para obtener información fueron primarias y secundarias

La fuente primaria: se considera a la embarazada.

La fuente secundaria: el historial clínico, familiares, otras personas de la salud.

### 3.3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizaron del formato PES y la Taxonomía (NANDA)

El formato PES cuyas siglas significan. **P-** Problema, **E-** Etiología, **S-** Signos y Síntomas, permitió darle una estructura lógica al enunciado diagnóstico el cual tiene conectores lógicos que pretenden establecer la relación entre el problema –etiología y la etiología-signos y síntomas; por tanto el conector que vincula al problema con la etiología es relacionado con y el que une a la etiología con los signos y síntomas es manifestado por la taxonomía NANDA que se utilizo es la última publicación (2007-2008).

La NANDA considera que los elementos que integran al enunciado diagnóstico son:

**a) etiqueta diagnóstico:** proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Proporciona una descripción clara y precisa. Puede incluir modificadores

**b) definición del diagnóstico:** juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección e las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

**c) factores relacionados:** factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o

coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

**Factores de riesgo:** factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable.

**d) características definitorias:** claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones, signos y síntomas en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.

### **3.4. PLANEACIÓN**

Esta etapa implicó la toma de decisiones vinculado con los cuidados, en este sentido las intervenciones que se planearon fueron independientes, dependientes e interdependientes.

Para conocer si estas intervenciones ayudaron a alcanzar el objetivo de cuidado dentro de la planeación se contemplaron los criterios de resultado.

### **3.5. EJECUCION**

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

### **3.6. EVALUACIÓN**

La evaluación es la última fase del PAE y permitió comparar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados propuestos en el plan de atención.

## IV ENTREVISTA CLINICA FORMAL

### 4.1. VALORACION

Nombre: S. S. D. Edad: 30 AÑOS SEXO: MUJER Nacionalidad: MEXICANA  
Fecha de nacimiento: 27 DIC. 1978

Ocupación: HOGAR Escolaridad: SECUNDARIA Religión: CATOLICA

Lugar de origen: MORELOS Estado civil: UNION LIBRE

Familiar responsable: F. J. R

Fuente de información PRIMARIA

Familiar responsable: F. J. R

19/02/10 Llega al servicio de toco cirugía en trabajo de parto expulsivo

Ingresa al servicio, con FC. De 118x'. 36.9° de temperatura. Respiración 32 x'

Durante el parto de 36°

### EXPLORACION FISICA

Peso antes del embarazo: 60.00kg. Peso actual: 74.600 Peso Ideal: 70.00kg.

Sobre peso de: 2.600kg Estatura: 1.55 pulso: 118 Temperatura: 36.9 Respiración 32x'

**INSPECCION: aspecto físico:**\_\_\_consciente, palidez de tegumentos y conjuntivas, orientada, con contracciones uterinas, con mucosas orales hidratadas, sin presencia de edema, facies de dolor intenso, preocupación y temor verbalizada si su bebe pudiera nacer sin ningún problema por parto fisiológico;

**PALPACION:** se palpa un producto longitudinal, cefálico dorso derecho, encajado, con F.U. 36.5cm., feto en descenso, en segunda etapa de trabajo de parto activo con ruptura de membranas al llegar a la unidad de toco cx.

**PERCUSION:** contracciones uterinas presentes con frecuencia de 2min., duración de 65 s., intensidad de 60 mm hg.

**AUSCULTACION:** frecuencia cardiaca fetal de 150x'. Frecuencia cardiaca materna 118, capos pulmonares bien ventilados, ligera disociación cardiorespiratorio propias de un trabajo de parto.

## 2.-PERFIL DE PACIENTE

### AMBIENTE FISICO

Casa propia  Rentada  Prestada  No. De habitaciones: 4

Tipo de construcción: TABIQUE Animales domésticos: 2 PERROSO

Características físicas (ventilación, iluminación)

etc.): TIENE POCA VENTILACION

### SERVICIO SANITARIOS

Agua intra- domiciliaria  Hidratante público  otro

### ELIMINACIÓN DE DESECHOS

Drenaje: SI  NO  Fosa séptica  SI  NO

Letrina SI  NO

Control de basura: LA TIRAN EN EL CARRO DE BASURA

### VIAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación  Colectivo  Teléfono

Carreteras  Metro  Camiones

Taxi  Carro particular

### RECURSO PARA LA SALUD

Centro de salud  IMSS  ISSSTE  Consultorio particular   
otro

### HABITOS HINGIENICOS-DIETETICOS

ASEO. Baño: (tipo de frecuencia) DIARIO De manos: (frecuencia) ANTES DE  
COMER Y DESPUES DE IR AL BAÑO O CUANDO ESTAN SUCIAS

Bucal:( frecuencia) 3 VECES AL DIA

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) DIARIO TOTAL

## ALIMENTACION.

<b>TIPO DE ALIMENTO</b>	<b>VECES POR SEMANA</b>
CARNE	3 X 7
VERDURAS	5 a 6 X 7
FRUTAS	7 X 7
LEGUMINOSAS	7 X 7
PASTAS	3 X 7
LECHE	7 X 7
HUEVO	3 X 7
No. DE TORTILLAS	4 X3 X 1 X 7
No. DE PIESAS DE PAN	2 X 1X 7
AGUA:1LTS.X DIA O VASOS AL DIA	3 a 4 LT. X 7

## ELIMINACION.

Horario y Características:

**Intestinal: 4 O 5 VECES POR DIA Vesical: 6 A 7 VECES POR DIA EN LOS ULTIMOS 2 MESES Actualmente PRESENTA HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO DE APROX. 500 ML**

## DESCANSO

(Tipo y frecuencia) **ACOSTARSE** Sueño (horario y característica) **A VECES DURANTE EL DIA CUANDO SE SIENTE CANSADA, EN EL ULTIMO MES NO CONCILIABA EL SUEÑO, SE SENTIA MUY ANGUSTIADA POR EL NACIMIENTO DE SU BEBE.**

Diversión y / o deportes:

**CAMINAR**

Trabajo y / o estudio:

**NO TRABAJA NI ESTUDIA**

**COMPOSICION FAMILIAR**

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
ESPOSO	36 AÑOS	ALBAÑIL	100%
HIJO	13 AÑOS	ESTUDIANTE	
HIJO	7 AÑOS	ESTUDIANTE	

**DINAMICA FAMILIAR. CONVIVIR CON SU FAMILIA LOS DOMINGOS**

**COMPARTIMIENTO (conducta cotidiana)**

Agresivo       **tranquilo**       indiferente       **alegre**   
**cooperador**

**3.-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

**Grupo y Rh:** A +

Tabaquismo                      SI       NO       tiempo: \_\_\_\_\_

Alcoholismo                      SI       NO       tiempo: \_\_\_\_\_

Fármaco dependencia SI       NO       de que tipo: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES HEREDO- FAMILIARES**

**Diabetes**      SI       NO

Epilepsia      SI       NO

HTA      SI       NO

**Congénitas**

Cardiopatías SI       NO

Neuropatías SI       NO

Enf. Infecto-contagiosas SI       NO

Toxoplasmosis                      SI       NO

Consanguinidad                      SI       NO

Retraso mental SI  NO

Trastornos psiquiátricos SI  NO

**Diabetes M** SI  NO

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Sífilis SI  NO

Sida. SI  NO

Malformaciones SI  NO

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS** SI  NO  Neuropatías SI  NO

Tipo: OOFERECTOMIA A LOS 19 AÑOS. POR PRESENTAR QUISTE EN OVARIO

Antecedentes trasfuncionales SI  NO

**ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS** SI  NO

REDUCCION DE ANTEBRAZO A LOS 9 AÑOS, POR SUFRIR FX, POR CAIDA

### 4.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

#### CARDIO RESPIATORIO

Palpitaciones <input checked="" type="checkbox"/>	Lipotimias <input type="checkbox"/>	Disnea <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>
Acufenos <input type="checkbox"/>	<b>Dolor torácico</b> <input checked="" type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>	Disfonías <input type="checkbox"/>
Fosfenos <input type="checkbox"/>	Ruidos cardiacos <input type="checkbox"/>	Cianosis <input type="checkbox"/>	
Expectoración <input type="checkbox"/>			

NO MUY FRECUENTES NI PERSISTENTES, PERO SI LAS PERCIBIO DURANTE EL EMBARAZO. Actualmente CON DISOCIACION CARDIORESPIRATORIA POR TRABAJO DE PARTO DISTOCICO

#### DIGESTIVO

<b>Apetito aumentado</b> <input checked="" type="checkbox"/>	Vomito <input type="checkbox"/>	Meteorismo <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>
Disminución del apetito <input type="checkbox"/>	Nauseas <input type="checkbox"/>	Distensión <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>
Pirosis <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Ruidos peristálticos <input type="checkbox"/> (aumentados)	Melena
Disfagia <input type="checkbox"/>	Regurgitaciones <input type="checkbox"/>	Constipación <input type="checkbox"/>	Prurito anal <input type="checkbox"/>
			Pujo y tenesmo <input type="checkbox"/>

A PARTIR DEL 5TO MES PRESENTO AUMENTO DE APETITO

#### GENITOURINARIO

Dolor <input checked="" type="checkbox"/>	Piura <input type="checkbox"/>	Dismenorrea <input type="checkbox"/>	Patología <input type="checkbox"/> mamaria SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Disuria <input checked="" type="checkbox"/>	Poliuria <input type="checkbox"/>	Prurito <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo: _____
Tenesmo <input type="checkbox"/>	Disuria <input type="checkbox"/>	Leucorrea SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**Características: BLANCO ABUNDANTE, NO FETIDO**

**Observaciones: DURANTE EL 2 MES DE EMBARAZO PRESENTO ESTA DISURIA, PRURITO Y LEUCORREA, TENIA TRATAMIENTO CON AMPICILINA Y OVULOS Actualmente PRESENTA HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO DE APROX. 500 ML**

**NERVIOSO**

Cefalea <input type="checkbox"/>	Aislamiento <input checked="" type="checkbox"/>	Inconsciencia <input type="checkbox"/>	Miosis <input type="checkbox"/>
Temblores <input type="checkbox"/>	Insomnio <input checked="" type="checkbox"/>	Anisocoria <input type="checkbox"/>	
Depresión <input type="checkbox"/>	Falta de memoria <input type="checkbox"/>	Midriasis <input type="checkbox"/>	
Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>			

**SOLO EN EL ÚLTIMO MES DEL EMBARAZO SE AISLABA, SE SENTÍA MUY ANGUSTIADA POR EL NACIMIENTO DE SU BEBE, ASÍ COMO EL INSOMNIO Y LA ANSIEDAD actualmente LA ANSIEDAD ES MAYOR POR LAS CONTRACCIONES QUE LAS PERSIBE MAS DOLOROSAS Y POR LA PREOCUPACION VERBALIZADA, DEL BIENESTAR DE SU BEBE POR PRESENTAR DISTOCIA DE OMBRO**

**MUSCULOESQUELETICO.**

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

Varices

Actualmente en la mesa de expulsión en posición de McROBERTS por parto distócico, por Macrosomía fetal

Pérdida de peso  un kilo en el último mes

Observaciones: EL AUMENTO DE PESO SE PRESENTA APARTIR DEL 5TO. MES; LA DIABETES: DETECTADA DESDE HACE 2 AÑOS Y CONTROLADA CON GLIBENCLAMIDA LA CUAL SUSPENDIO DURANTE SU EMBARAZO Y SIGUIO SU CONTROL CON INSULINA INTERMEDIA 10 U POR LA MAÑANA U 10U POR LA NOCHEY RAPIDA 5U PREPANDIAL EN LA MAÑANA Y 5U EN LA NOCHE.

Por descontrol se ingresa al servicio de gineco-obstetricia, el día 13/01/10

ESTE DIA NO SE A APLICADO SU DOSIS DE INSULINA

PIEL Y ANEXOS

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Híper-pigmentación <input checked="" type="checkbox"/>	Heridas <input type="checkbox"/>	Otorrea <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>
Edema <input type="checkbox"/>	Hipoacusia <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>	
Acné <input type="checkbox"/>	Prurito <input type="checkbox"/>	<b>Dolor</b> <input type="checkbox"/>	
Alergias <input type="checkbox"/>	Rinorrea <input type="checkbox"/>	Trastornos del olfato <input type="checkbox"/>	

CON DOLOR INTENSO POR LAS CONTRACCIONES DE PARTO PROLONGADO, POR REPARACION DEL DESGARRO PERINEAL, LACERACION DE CERVIX, EXPLORACION Y REESPLORACION MANUAL DE LA CAVIDAD UTERINA

5.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca 11 años. Telarca 9 años Pubarca: 10 años Ciclos: 28

Duración: 4 DIAS Dismenorreica: SI  NO

Incapacitante: SI  NO

Método de control prenatal: SI  NO  Tipo de control: INYECCION (PERLUTAL)

Periodo de utilización: 7 AÑOS

Papanicolaou: SI  NO  Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado:

FUR: 9 DE MAYO 2009 FPP: 16/2/10 SDG: 36.2

Gestas: 4 Paras: 3 Abortos: 1 Cesáreas: 0

Periodo ínter genésico 6 – 4 Y 3 Vigilancia prenatal: SI  NO

No. De compañeros sexuales: DOS Circuncidados: NO SABE

### HISTORIA DE EMBARAZOS PREVIOS.

N. de gestas	Fecha	Parto	Fórceps causa	Cesárea	LUI	Peso del Producto	Observaciones
1	8 MAYO 95	SI				3,200	
2	24 AGOSTO 02	SI				4,800	MACROSOMICO
3	10 MARZO 04				SI		8 SDG
4	2 FEBRERO 06				SI		10 SDG

### EVOLUCION DEL EMBARAZO

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

#### 4.1.1. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO

Nombre: S. S. D. Edad: 30 AÑOS SEXO: MUJER Nacionalidad: MEXICANA Fecha de nacimiento: 27 DIC. 1978

Ocupación: HOGAR Escolaridad: SECUNDARIA Religión: CATOLICA

Lugar de origen: MORELOS Estado civil: UNION LIBRE

Fecha de admisión: **19/02/10 EN PERIODO EXPULSIVO A LA SALA DE TOCO CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JOSÉ G PARRES**

Fuente de información PRIMARIA

##### 1.- respiración

Con Frecuencia Respiratoria de 32°, ligera disociación torácica y cardíaca por el trabajo de parto en expulsión.

##### 2.- alimentación/hidratación

Mala alimentación, refiere consumir aunque abundantes verduras, dieta rica en carbohidratos, frutas de todo tipo, agua en poca cantidad 1 litro de agua al día

A la exploración encuentro con mucosas orales secas; deshidratada

##### 3.- Eliminación

Intestinal: 4 O 5 veces por día. Durante el 2 mes de embarazo presento disuria y dolor, presentando infección de vías urinarias y remitiéndola favorablemente con antibiótico. En los últimos 2 meses de 6 a 7 veces por día. Con por Hemorragia de 500 ml. Durante el post-parto inmediato.

##### 4.- Movilización

Se encuentra en mesa de exploración en etapa expulsiva. Con actividad física por el trabajo de parto.

##### 5.- reposo/sueño

Duerme 8 horas al día, solo cuando se sentía muy cansada se recostaba, sin dormirse. En el último mes lograba conciliar el sueño hasta muy tarde.

##### 7.- temperatura

Ingresa al servicio normotérmica con 36.9 de temperatura.

Pasa a recuperación con una temperatura de 37.9·C

### **8.- higiene/piel**

Se baña diario con cambio de ropa diario, actualmente con dificultad para el autocuidado, con presencia de palidez de tegumentos, diaforesis, con desgarró en periné y laceración en cérvix.

### **9.- seguridad**

Se encuentra en trabajo de parto activo, con facies de dolor intenso, refiere preocupación y temor por la Macrosomía de su bebe, se le explica la posición de McROBERTS para ayudar al nacimiento de su bebe; se explica de la extracción de los restos placentarios manuales.

### **10.- comunicación**

Es tranquila, alegre, con buena relación con las personas allegadas. Verbaliza muy bien su preocupación, temor, ansiedad y la necesidad de tomar mi mano

### **11.- religión/creencias**

De religión católica, muy a menudo acostumbra ir a misa.

### **12.- trabajar/realizarse**

Trabajaba durante el primer matrimonio. Ahora solo se dedica al hogar y al cuidado de sus hijos, uno de 15 años y otro de 8 años.

### **13.- actividades recreativas**

Regularmente cada ocho días salen en familia, a visitar familiares.

### **14.- aprender**

Refiere tener la necesidad de aprender sobre su alimentación para mantener un adecuado control metabólico; así como los cuidados para su familia, para evitar una diabetes en ellos e informarse sobre esta enfermedad más a fondo.

## 4.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Después de haber realizado la valoración y analizado los datos se concluye que la Sra. Presenta dependencia parcial, debido a que presenta dificultades para satisfacer las siguientes necesidades: (en el cuadro pongo la necesidad afectada, el riesgo potencial y el diagnostico de enfermería) necesidad problema diagnostico de enfermería

NECESIDAD	RIESGO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
1.- Respiración	Perfusión tisular inefectiva	Perfusión tisular inefectiva
2.- Hidratación	Hemorragia	Déficit de volumen de líquidos
4.- Movilización	Actividad física	Riesgo de glucemia inestable
7.- Temperatura	Termorregulación ineficaz	Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia
8.- Higiene/piel	Infección  Déficit de autocuidado	Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.  Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene
9.- Seguridad	Ansiedad  Dolor agudo	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica.  Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasiona por una lesión tisular real o potencial

9.- Seguridad	Temor	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro
14.- Aprender	Conocimiento deficientes sobre D.M	Carencia o deficiencia de información cognitiva sobre la Diabetes M

**1.- PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA:** Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

<b>Diagnostico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> <i>ID= independiente</i> <b>D=DEPENDIENTE</b> <i>ITD=interdependiente</i>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EJECUCION</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>P= Perfusión tisular inefectiva</p> <p>E= Relacionado por la hemorragia postparto de 500ml y desequilibrio ventilatorio mismos del TP.</p> <p>S= Manifestado por taquicardia, leve insuficiencia respiratoria diaforesis, palidez de tegumentos, mucosas orales secas.</p>	<p><i>ID=</i> Se enseñara a la paciente la respiración Durante las contracciones.</p> <p>-Se monitorizarán los signos vitales.</p>	<p>-El consumo de oxígeno durante el T.P es igual al de un ejercicio moderado. El aumento en la ventilación continúa durante todo el TP. Mas aun si la paciente cursa con DM preexistente. Además hay un gran incremento en la F.C materna durante la fase expulsiva.</p> <p>-La valoración del patrón respiratorio de la paciente, proporciona datos basales para calibrar la eficacia de las intervenciones de enfermería.</p>	<p>-Realiza respiraciones recomendadas al realizar las fuerzas expulsivas.</p> <p>-Se valoraron los S.V y se detecto la disociación respiratoria</p>	<p>-Mejoro la inspiración y exhalación durante cada contracción</p> <p>-Se coloco pertinentemente el catéter de O2</p>

	-Se colocara catéter de oxígeno en caso de ser necesario.	-La aplicación de oxígeno húmedo mejora las condiciones respiratorias de la paciente con problemas en el transporte de oxígeno	-Se aplico 02 húmedo PPN	-Refiere mejoría en la falta de oxígeno pues ya no tiene la sensación de falta de aire
--	---	--	--------------------------	--

NANDA-Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación p199

A.BURROUGHS Enfermería Materno- infantil de Bleir 5ª. Edición interamericana. McGraw-Hill

**2.- Hidratación:** Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular

<b>Diagnostico de enfermería</b>	<b>intervención</b> <i>id= independiente</i> <b>D=Dependiente</b> <b>ITD=Interdependiente</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<p>P=Riesgo de déficit de volumen de líquidos.</p> <p>E=Relacionado con el desgarro perineal, cervical y hemorragia de 500ml.</p> <p>M=Diaforesis, mucosas orales secas, palidez de tegumentos.</p>	<p>ID-se identificara precozmente el sangrado excesivo, manteniendo un registro exacto de la perdida hemática.</p> <p>ID-Valorara la causa del sangrado excesivo.</p> <p>ITD-iniciara la perfusión de líquidos así como oxitocina según la prescripción medica.</p> <p>ID-valorará los signos vitales mientras persista el sangrado y posterior a este.</p>	<p>-se produce elevación en la frecuencia respiratoria cuando la mujer responde al trabajo de parto que incluye a los músculos. Así mismo puede haber tendencia a la hiperventilación durante el trabajo de parto, la cual altera el equilibrio electrolítico y más aun con la hemorragia.</p> <p>-La hidratación adecuada constituye un aspecto importante y vital en los cuidados brindados</p>	<p>-Se cuantifica aproximadamente 500ml de sangrado.</p> <p>-Se revisa cavidad para identificar la causa del sangrado y reparar esta.</p> <p>-se inicio la perfusión de líquidos y medicamentos prescritos</p>	<p>-Se logro identificar la laceración cervical y perineal como causa de la hemorragia</p> <p>-Se logro una hidratación adecuada atreves de soluciones intravenosas prescritas, evitando un shock hipovolemico</p>

			-se registraron signos vitales y se mantuvieron dentro de los parámetros establecidos	
--	--	--	---	--

NANDA-Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. p256

A.BURROUGHS Enfermería Materno- infantil de Bleir 5ª. Edición interamericana. McGraw-Hill. p232

Plan de cuidados. P185

**2 Nutrición e hidratación:** Disposición para mejorar la nutrición. Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado

<b>Diagnostico de Enfermería</b>	<b>Intervención</b> <i>ID=Independiente</i> <i>D=Dependiente</i> <i>Interdependiente</i>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<p>P= disposición para mejorar la nutrición.</p> <p>E= Relacionado por ingestas regulares</p> <p>S= Manifestado por deseos de mejorar la nutrición.</p>	<p>D- Reconocer el grado de disposición de la paciente para mejorar su alimentación.</p> <p>-Enseñara los tres los grupos de alimentos y la forma de combinarlos</p> <p>-Se verificara el consumo de agua y de otras bebidas</p>	<p>-La alimentación desequilibrada factor de riesgo de dislipidemias, hipertensión, diabetes (descontrol en los niveles de glucosa) sobrepeso.</p> <p>-El déficit en la ingesta de líquidos produce deshidratación e infección de vías urinarias.</p>	<p>-Se crean menús con la guía de orientación alimentaria</p> <p>-Se observo un consumo no menor a 2 litros</p>	<p>Se logro la comprensión de la paciente para las mejoras en los hábitos alimenticios, con aumento de alimentos ricos en fibra, vitaminas, proteínas adecuadas de una paciente diabética, y la ingesta adecuada de líquidos, asi como para la alimentación adecuada para su familia</p>

**4.- RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE:** Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar.

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Intervención</b> <i>ID= independiente</i> <i>D= Dependiente interdependiente</i>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<p>P= Riesgo de glucemia inestable</p> <p>E= Relacionado por la D.M tipo I y trabajo de parto prolongado</p> <p>S= Manifestado por la actividad física.</p>	<p>ID= se vigilara la glucosa capilar cada 1 o 2 horas</p> <p>Así como signos vitales</p> <p>-Mantener los niveles de glucosa estables</p>	<p>-La irrigación a los tejidos y oxigenación materna, son la base del bienestar materno-fetal</p> <p>los niveles de glucosa estables evitan complicaciones materno-fetal así como Hipoglicemia y o la aplicación de dosis elevadas de insulina</p>	<p>Se valoraron los signos vitales horarios para determinar alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio, así como la glicemia capilar y central</p>	<p>La paciente acepta las intervenciones de enfermería y se logra mantener glucemias de y 110</p>

**7.-Temperatura. Termorregulacion ineficaz:** fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia

<b>Diagnostico de enfermería</b>	<b>Intervención</b>  <i>ID= Independiente</i> <i>D=Dependientes</i> <i>ITD=Interdependiente</i>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<p>P= Riesgo potencial de termorregulación ineficaz</p> <p>E= Relacionado con el traumatismo de parto (desgarro perineal y de cérvix</p> <p>S= Manifestado por la frecuencia respiratoria elevada, taquicardia, palidez moderada, fluctuaciones en la temperatura.</p>	<p>ID Se tomara la tempera, así como todos los signos vitales.</p> <p>ITD se iniciará medicación antibiótica así como soluciones prescritas.</p> <p>D explicara a la Sra.los signos de hipertermia</p> <p>ID se identificara signos de infección y de deshidratación</p>	<p>-La actividad muscular aumenta la temperatura corporal incrementando la sudación y evaporización de los líquidos a través de la piel.</p> <p>-El aumento de la temperatura puede deberse a infección o deshidratación.</p>	<p>-Se registro la temperatura se valoro la existencia de alguna alteración.</p> <p>-Se inicio la aplicación antibiótica y de soluciones prescritas.</p>	<p>La paciente logro mantener la temperatura corporal estable.</p> <p>-La paciente no presenta reacción alguna ante los antibióticos aplicados.</p> <p>-Se logro que la Sra. Entendiera la importancia de mantener la temperatura dentro de los parámetros establecidos</p>

NANDA-Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. p240

A.BURROUGHS Enfermería Materno- infantil de Bleir 5ª. Edición interamericana. McGraw-Hill. p232, 261

**8.-Higine/Piel. Deterioro de la integridad cutánea:** alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

<b>Diagnostico de enfermería</b>	<b>Intervención</b>  <i>ID= Independiente</i> <i>D=Dependientes</i> <i>ITD=Interdependiente</i>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<p>P= Riesgo potencial de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>E= Relacionado por factores mecánicos (Macrosomía F.)</p> <p>S= Manifestado por la rotura de la piel (laceraciones perineal , desgarro cervical)</p>	<p>ID se identificara el lugar y grado de lesión cutánea</p> <p>ITD se repararan los desgarros cutáneos</p> <p>ITD Se iniciara medicación (oxitocina) según prescripción medica.</p> <p>ID Se explicara a la puérpera, el procedimiento de reparar el desgarro cervical y perineal</p>	<p>- A pesar de que el parto es un acto fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, después de un parto con maniobras, con frecuencia resulta traumático y produce lesiones diversas en las estructuras blandas que recubren la pelvis.</p> <p>- El sangrado arterial rojo vivo en presencia de un útero duro y muy contraído (sin atonía uterina) sugiere que la hemorragia es consecuencia de una laceración cervical.</p>	<p>-Se identifico el lugar de lesión cutánea</p> <p>-se repara la lesión perineal y cervical.</p> <p>-se ministra medicación local e intravenosa y cervical prescrita.</p> <p>-se colocan fomentos fríos según tolerancia en región perineal y analgesia prescrita</p>	<p>La puérpera logro entender y aceptar los cuidados médicos y de enfermería que se le debían brindar y se logro detener la hemorragia</p> <p>-se logro mantener la integridad cutánea.</p> <p>Se disminuyo el dolor por la manipulación cutánea y cervical.</p> <p>La paciente a su alta no presenta datos de infección</p>

	-se explicara de la importancia de su dieta con abundante líquidos, fibra y vitaminas	Una dieta blanda y abundante ingesta de líquidos evitara estreñimiento intestinal y a su vez evitara lesionar la herida perineal  -El aumento en el aporte de proteínas, hierro, vitamina C y líquidos mantendrá una cicatrización adecuada.	Se inicio dieta blanda rica en fibra, proteínas, vitaminas y abundante líquidos.	Se evito estreñimiento y se logro una mejor hidratación.
--	---	--	--	--

NANDA-Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. p146

A.BURROUGHS Enfermería Materno- infantil de Bleir 5ª. Edición interamericana. McGraw-Hill. p484

**8.- Higiene/Piel. RIESGO DE INFECCIÓN:** Aumento del riesgo e ser invadido por microorganismos patógenos

<b>Diagnostico de Enfermería</b>	<b>Intervención</b> <i>ID=Independiente</i> <i>D=Dependiente Interdependiente</i>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<p>P= Riesgo de infección</p> <p>E= Relacionado por rotura de la piel (laceraciones y desgarros cervical) y la destrucción tisular (restos placentarios)</p> <p>S= Manifestado por la taquicardia, diaforesis, extracción y restricción de restos placentarios manuales.</p>	<p>D- la enfermera proporcionara medidas preventivas y de apoyo para ayudar a reducir las posibilidades de infección: lavado de manos, mantener. Dieta e hidratación adecuada.</p> <p>D-proporcionara el reposo adecuado así como iniciar la actividad y deambulacion adecuada.</p> <p>D Identificara la aparición de signos de infección</p> <p>ITD se iniciará medicación antibiótica así como soluciones prescritas.</p>	<p>Cualquier parturienta es propensa a desarrollar una infección. El uso de técnicas estériles durante todas las actividades de enfermería pueden prevenir su aparición.</p> <p>Muchos microorganismos son transportados por el equipo de salud al llevar las manos sucias. Hay infecciones locales y sistemáticas que ocurren durante el periodo del posparto. La localización más común de la infección es la episiotomía.</p>	<p>La púerpera lleva acabo las medidas higiénicas adecuadas así como el reposo deambulacion y alimentación pertinente.</p> <p>Se inicio la aplicación antibiótica, analgésica y de soluciones prescritas.</p>	<p>La púerpera entiende de la importancia de evitar infección alguna. (Baño diario, tipo de jabón, ropa adecuada y el mantener el área afectada limpia y seca, repo, deambulacion)</p> <p>Tras el parto, la púerpera no mostro signos de infección.</p>

	<p>ID Tomará la temperatura cada 4 horas.</p> <p>Observara la cicatrización perineal cada 8 horas.</p> <p>Controlara el dolor</p> <p>valorara el fundus cada 4 horas o según necesidades</p> <p>ITD= Mantener hidratación por vía oral o l. v</p>	<p>El aumento en el aporte de proteínas, hierro, vitamina C y líquidos mantendrá una cicatrización adecuada.</p> <p>La evaluación de la piel ofrece información para evaluar la circulación, temperatura corporal y grado de hidratación.</p>	<p>-Se observo su color, calor, textura, edema, drenaje en la herida e integridad cutánea</p>	<p>La puérpera entendió la importancia de la alimentación e hidratación.</p> <p>-La puérpera mantuvo su integridad cutánea adecuada.</p> <p>-En el momento del alta, la puérpera no sufrió ningún tipo de infección.</p> <p>-La puérpera evito la estancia hospitalaria prolongada.</p>
--	---	---	---	---

**9.- Seguridad. Dolor agudo:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasiona por una lesión tisular real o potencial

<b>diagnostico de Enfermería</b>	<b>intervención</b> <i>ID=Independiente</i> <i>D=Dependiente</i> <i>ITD=Interdependiente</i>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>P= Dolor agudo</p> <p>E= Relacionado con contracciones uterinas</p> <p>S= Manifestado por gestos, posición ginecológica y expresión verbal.</p>	<p>ID= valorar el grado de incremento del dolor</p> <p>ID= explicar ejercicios de respiración que le ayudaran a relajarse y a disminuir el dolor.</p>	<p>La tolerancia al dolor es la máxima cantidad y duración de dolor que el individuo esta dispuesto a soportar.</p>	<p>Se valora en una escala de 1 a 10 la presencia del dolor.</p> <p>Se orienta sobre los ejercicios respiratorios para relajación.</p>	<p>Las contracciones continúan pero se relaja con las respiraciones profundas.</p> <p>Esta consciente que las respiraciones profundas, mejoran la oxigenación de su bebe y le brinda control y seguridad</p>

**9.- Seguridad.** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica.

<b>diagnostico de Enfermería</b>	<b>intervención</b> <i>ID=Independiente</i> <i>D=Dependiente</i> <i>ITD=Interdependiente</i>	<b>Fundamentación</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>P=ansiedad</p> <p>E= relacionada con el bienestar fetal(sufrimiento) y las molestias derivadas de las contracciones</p> <p>S= Manifestado por la preocupación y confusión.</p>	<p><b>ID=</b> ayudar al cliente a determinar la fuente de ansiedad.</p>	<p>Estas acciones ayudan al cliente a establecer una comprensión sobre la naturaleza y la causa de la ansiedad. Una vez que se comprende el estrés con precisión, la ansiedad puede disminuir y el cliente puede identificar con mas facilidad las estrategias de afrontarlo.</p>	<p>Se establecen las circunstancias de la ansiedad para determinar la manera de afrontamiento</p>	<p>La paciente describe que su causa de ansiedad es el estado de salud de ella y de su bebe.</p> <p>entiende que todos los procesamientos realizados son para que el parto termine en las mejores condiciones.</p> <p>La comunicación con la enfermera proporcionan seguridad y una actitud positiva y refiere contribuirá para mejorar su parto</p>

## **V CONCLUSIONES**

El Proceso Atención Enfermero es una de las mejores herramientas en la práctica profesional para brindar cuidados específicos a las necesidades de cada individuo en forma integral, con cuidados planificados y razonados.

A través de este proceso metodológico se logra un avance de la enfermería hacia la profesionalización

Un embarazo con antecedente de diabetes aumenta las probabilidades de sufrimiento fetal, materno y familiar en general.

En este PAE he aprendido, que basta dar los cuidados terapéuticos y de enfermería adecuados para llegar a un embarazo a término en óptimas condiciones, el cual nos indicaría que será un PARTO FISIOLÓGICO EUTÓCICO, pero que debemos de estar muy bien preparadas ante situaciones inesperadas por que en cuestión de minutos se puede volver PARTO FISIOLÓGICO DISTÓCICO.

La aplicación del proceso me ayudo a determinar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que afectaban el estado de equilibrio de salud. Las intervenciones aplicadas fueron oportunas y también experimente que si se dan adecuados cuidados, orientación y confianza durante la pre-concepción, el embarazo, parto y puerperio las pacientes terminaran un embarazo favorable, un trabajo de parto con complicaciones, pero, con una recuperación que te darán la oportunidad de sentirte realizada como profesional y como ser humano inimaginable.

Por que la salud y la integración familiar es lo primordial en cada persona...

**...ES SU VIDA QUE TE LA CONFIAN Y LA DEJAN**

**EN TUS MANOS**

## VI BIBLIOGRAFIA

- García González Ma. De Jesús

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson

Edición 2004 p. 3, 12, 14, 17, 24,26, 33,38, 40

- Pacheco Arce Ana Laura. Fundamentación teórica para el cuidado Ediciones UNAM-ENEO. México 2005.p.4, 6,10

- Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva

Fundamentos de enfermería

3ª edición editorial el manual moderno. P. 15, 29, 30,32.

- Iyer patricia W., et. Al. Proceso y diagnostico de enfermeria.3ra. Edición en español. MC.Graw-Hill, México

Mèxico 2004. p. 4

- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia

Proceso enfermero

Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara jal. Me

Mèxico. p. 11, 14, 19, 25,27

- *Método científico y proceso de enfermería*

*UNAM ENERO II Antología. p.36*

- [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm)

Proceso de atención de enfermería

3/07/2009 p. 14

- [www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm](http://www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm)  
Virginia Henderson  
5/07 /2009 p. 36, 38

- Héctor Mondragón Castro  
Obstetricia Básica Ilustrada  
Editorial Trillas  
México. p. 42,45, 46

- Laura Jiménez Trujano, Catalina Mendoza Colorado, Adelina Montoya  
Martínez. Obstetricia II  
UNAM ENEO p. 41,45, 46, 47.

- Con la diabetes gestacional, 400 × 320 - 19 k - jpgumm.edu 41

- La diabetes pre gestacional es 150 × 150 - 27 k – php  
embarazoybebes.com.a p. 43

- NANDA internacional  
Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2007-2008  
Editorial Elsevier Madrid España.

- ARLENE. BURROUGHS  
Enfermería Materno- infantil de Bleir  
5ª. Edición interamericana. McGraw-Hill p.