



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA: APLICADO A PACIENTE CON  
DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL EN EL SERVICIO DE  
HOSPITALIZACIÓN-OBSTETRICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
“ TOPILEJO”

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

**P R E S E N T A**

**MA. DOLORES RAMÍREZ GONZÁLEZ**

No. DE CUENTA: 078503951

**DIRECTOR ACADEMICO**

**LIC . ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ.**



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.

## ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	3
2	JUSTIFICACIÓN	4
3	OBJETIVO GENERAL	5
4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
5	METODOLOGÍA	6
6	MARCO TEÓRICO	8
6.1	Definición de enfermería	8
6.2	Modelo Conceptual de Virginia Avenle Henderson	9
6.2.1	Referencias y Antecedentes personales	9
6.2.2	Tendencias y Modelos	9
6.2.3	Principales conceptos y Definiciones	10
6.3	Proceso de atención de enfermería	15
6.3.1	Antecedentes Históricos	15
6.3.2	Concepto	15
6.3.3	Ventajas del Proceso de atención de enfermería	15
6.3.4	Características	16
6.3.5	Etapas del Proceso de atención de enfermería	17
6.3.6	valoración	17
6.3.7	Diagnóstico	19
6.3.8	Planeación	21
6.3.9	Ejecución	24
6.3.10	Evaluación	25
6.4	<b>Diabetes Gestacional</b>	26
6.4.1	Factores de Riesgo	28
6.4.2	Generalidades de la Sintomatología	28
6.4.3	Complicaciones	28
6.4.4	Causas	29
6.4.5	Tratamiento	29
7	<b>CASO CLINICO</b>	30
7.1	Resumen y valoración por necesidades	31
7.2	Diagnósticos de Enfermería	38
8	PLAN DE INTERVENCIÓN DE enfermería	39
9	PLAN DE ALTA	52
10	CONCLUSIONES	54
11	ANEXO	56
11.1	Lactancia Materna	56
11.2	Beneficio para el Recien Nacido	56
11.3	Beneficios para la madre	56
11.4	Historia Clínica de Enfermería de Virginia Henederson	57
12	BIBLIOGRAFÍA	70

## 1.- INTRODUCCIÓN.

Enfermería es una práctica social fundamentada en valores y conocimientos humanísticos, científicos y técnicos que capacita al profesional de enfermería para evaluar el estado de salud de las personas a lo largo de su ciclo vital, identificando necesidades biopsicosociales para dar cuidado basado en juicios y toma de decisiones con el fin de promover la salud, protegerla, buscar la recuperación y rehabilitación o ayudar a una muerte digna.

En la actualidad, la enfermera busca una interrelación terapéutica hombre/enfermera que le permita como profesional, evaluar el resultado de su intervención mediante el análisis crítico y racional, utilizando como método el Proceso de atención de enfermería (PAE).

El Proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como tal, con Hall (1955), Johnson(1959), Orlando (1961) y Wiedenbach(1963). Consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación, realización y evaluación); algunos otros autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica (valoración, razonamiento diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

Se caracteriza por ser sistemático y organizado, con bases teóricas y científicas, con el cual se brinda cuidado enfermero individual, centrado en la identificación de problemas de salud reales o potenciales y en respuestas humanas.

Es por esto que día a día el Proceso de atención de enfermería, adquiere, más importancia en la práctica diaria, como un instrumento que permite al profesional, brindar asistencia oportuna, con cuidados específicos según el estado de salud o necesidades del individuo.

El presente trabajo está conformado por una introducción, justificación, objetivos, metodología, marco teórico integrado por una recopilación bibliográfica sobre generalidades del Proceso de atención de enfermería, el Modelo teórico de Virginia Henderson y por último los aspectos fisiopatológicos y factores de riesgo para la Diabetes gestacional que es el caso que nos ocupa. Posteriormente se desarrolla propiamente el Proceso de Atención de Enfermería comenzando con la valoración de la paciente seleccionada, el análisis de la información, la determinación de las necesidades y la aplicación de las intervenciones de enfermería. Finalmente se evalúan los resultados obtenidos con cada una de las mismas.

Al término me permito presentar mis conclusiones respecto al presente, así como algunas sugerencias que considero importantes resaltar que deben tomarse en cuenta para el futuro desarrollo de los procesos de atención.

## 2.- JUSTIFICACIÓN.

La diabetes gestacional durante el embarazo es aquella que afecta a mujeres que nunca han tenido diabetes pero que tienen altos niveles de glucosa durante su embarazo. El padecimiento deriva de un trastorno en el metabolismo de los carbohidratos en la mujer embarazada, teniendo como principales factores de riesgo la raza, la edad, embarazo múltiple, obesidad y antecedentes familiares.

Entre el 8% y 12% de las embarazadas de 25 años o más, padecen diabetes gestacional, a nivel mundial. En México, aunque no existen datos sobre la prevalencia, se sabe que es frecuente por la predisposición de los latinos a una alimentación rica en carbohidratos, alcanzando cifras hasta del 3 a 5% de mujeres embarazadas con este tipo de diabetes.

Esta información adquiere mayor relevancia, al considerar las complicaciones que esta puede traer tanto a la madre como al producto entre las que encontramos principalmente, sufrimiento fetal crónico, macrosomía, muerte intrauterina, problemas neonatales, malformaciones congénitas, polihidramnios, lesiones y traumatismos durante el parto, desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 después del embarazo, entre otras.

En gran medida la participación del personal de enfermería, debería estar enfocada principalmente a la detección y modificación de los factores de riesgo en esta y otras patologías del embarazo, sin embargo la incidencia de este tipo de casos va en aumento en la población usuaria del Hospital Materno Infantil "Topilejo" Ubicado en Calzada Sta Cruz No 1 Col San Miguel "Topilejo" Delegación Tlalpan con dependencia del Departamento del Distrito Federal donde se llevo acabo este trabajo.

Es por ello que se presenta el Proceso de atención de enfermería aplicado a una mujer de 40 años, en la semana 38 de gestación, con diagnóstico de Diabetes Gestacional, internada en el servicio de ginecología hospitalización, teniendo como principal objetivo aplicar intervenciones de enfermería específicas a las necesidades de la paciente y promover el conocimiento y la concientización de los factores de riesgo con la aplicación del método científico en la práctica realizada.

### **3.- OBJETIVO GENERAL.**

Elaborar un proceso de atención de enfermería, con el modelo teórico de Virginia Henderson, que me permita proporcionar atención de enfermería a los problemas reales y potenciales de una mujer hospitalizada, con diagnóstico médico de diabetes gestacional, en el Hospital Materno Infantil "Topilejo" en San Miguel Topilejo, Tlalpan durante el 25 al 29 de marzo 2010.

### **4.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Desarrollar habilidades y destrezas en la aplicación del Proceso de atención de enfermería
- Contribuir en la resolución de problemas reales o potenciales que presente la mujer embarazada con diabetes gestacional.
- Aplicar diferentes etapas del Proceso atención de Enfermería en la mujer embarazada con diabetes gestacional.
- Crear un ambiente de confianza que favorezca una relación enfermera paciente de empatía, que nos permita aplicar las intervenciones de enfermería que contribuyan a la satisfacción de sus necesidades.
- Evaluar los resultados obtenidos de las intervenciones aplicadas al caso, a lo largo del Proceso de atención de enfermería para desarrollar un trabajo por escrito con el marco teórico integrado.

## 5.-METODOLOGÍA.

Para poder realizar este Proceso de Atención de Enfermería nos apoyamos en las teorías de Virginia Henderson, la cual establece una serie de conceptos que permiten al gremio de enfermería ubicar a cada situación de la práctica, los elementos del paradigma que son: persona, salud, entorno y enfermería; que nos ubica para hablar del proceso de atención de enfermería aplicando las 14 necesidades.

1. Se realiza el planteamiento de objetivos generales y específicos.
2. Se seleccionó una mujer embarazada que ingresa al servicio de hospitalización de Ginecología cama 4 del Hospital Materno Infantil “Topilejo” procedente de Urgencias en el periodo comprendido del 25 al 29 marzo del 2010.
3. Se aplicó la cédula de valoración de enfermería, se analizó la información obteniendo información a través de la entrevista a la usuaria y familiares, además de revisar expediente clínico.
4. Una vez realizada la valoración de Enfermería, se analizó la información obtenida y se elaboraron los diagnósticos de enfermería.
5. Establecidos los diagnósticos, se priorizan de acuerdo a las necesidades establecidas en la Teoría de Henderson y se aplican las intervenciones correspondientes a la paciente.
6. Finalmente se evalúan los resultados obtenidos de las intervenciones aplicadas a la paciente a lo largo del Proceso de atención de enfermería y se termina con un trabajo por escrito con el marco teórico integrado.

### **Organización.**

- **Tiempo: del 25 al 29 marzo 2010**
- **Lugar Hospital Materno Infantil “Topilejo” en San Miguel Topilejo Tlalpan.**
- **Universo Mujer embarazada de 40 años.**

### **Recursos Humanos.**

- Mujer embarazada de 40 años de edad con diabetes gestacional
- Personal multidisciplinario, estudiantes de licenciatura del SUA
- Asesor: Armando Ortega Gutiérrez

### **Recursos físicos.**

- Servicio de Hospitalización de ginecología, en el Hospital Materno Infantil “ Topilejo” en San Miguel Topilejo Tlalpan.

### **Recursos materiales.**

- Pluma
- Lápiz
- Colores
- Hojas de papel
- Cinta métrica
- Regla
- Guantes
- Copias
- Revistas

### **Recursos tecnológicos**

- Baumanómetro
- Báscula,
- Termómetro
- Computadora
- Fotocopiadora e Impresora.
- Estetoscop

### **Recursos Financieros**

- Copias (\$ 500).
- Impresiones (\$1000)
- Gatos de Transporte (\$500)
- Otros gastos(\$3000)
- Total de gastos\$ 6000

## **6.- MARCO TEÓRICO**

### **6.1 Definición de enfermería**

La enfermería en la actualidad y en nuestro país al igual que en otras partes del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, requiere de una redefinición que deje en claro lo que es la enfermería como profesión.

Sin embargo es necesario analizarla porque de ella se deriva el proceso enfermero como “esencia de la profesión” que se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales de los pacientes.

#### **Enfermería**

Es “la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales “así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

#### **El arte del cuidado**

Es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales (creencias, hábitos, costumbres, religión etc), en la asistencia humana.

Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia. La adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de enfermería.

Hoy día con el desarrollo de la disciplina, la práctica científica de la enfermería adopta, como referencia teórica, un modelo de cuidados y como metodología, el Proceso de Atención de enfermería. Ambos significan la epistemología de enfermería, entendidos como sus fundamentos y su método del conocimiento<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Berta Alicia Rodríguez Sánchez Proceso Enfermero, aplicación actual edición Cuellar edit. No 00167, p 19

## **El cuidado**

Sigue siendo la razón de ser de la profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en la enfermería. Ello permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basan la educación, la gestión y la asistencia de enfermería.

## **Modelos conceptuales.**

Los modelos conceptuales de enfermería representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del metaparadigma de enfermería. Cada una de ellos define los cuatro conceptos del metaparadigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos.

### **6.2 Modelo Conceptual de Virginia Avenle Henderson**

#### **6.2.1 Referencias y antecedentes personales**

Virginia Avenle Henderson nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897, durante la primera Guerra mundial se interesó por la enfermería, por lo que en 1921 se gradúa como enfermera en la Escuela de Washington. Comenzó a dar clases un año más tarde en el Norfolk Protestant Hospital Virginia. Hernderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigación.

#### **6.2.2 Tendencia y Modelo**

Henderson desarrollo su modelo concepual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano( A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget)

para conceptualizar a la persona y a la función propia de las enfermeras. Pertenece a las tendencia de suplencia o ayuda; Henderson concibe el papel de la enfermera para la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital ( enfermedad, niñez, vejez), fomentando en mayor o menor grado la independencia por parte del paciente, esta teoría se ubica en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso de atención de enfermería. Hedio 2 de mosby México, 1995. pp. 4.5.36.80.124..164.190

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. Hernderson inicialmente no pretendía elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella la llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. La cicatrización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 al revisar la quinta edición del Texbook of the Principies and Practice of Nursing, en el cual Henderson definió a la enfermera en términos funcionales: “ **Como la única función propia de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación ( o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.**”

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud .Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de la enfermería y, a su vez, de su independencia con respecto a otras ramas dentro del área de salud.

Las actividades que las enfermeras realizan, para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades, son determinadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. Henderson defiende la comprensión empática y afirma que las enfermeras deben meterse en la piel de cada paciente para saber lo que se necesita.

### **6.2.3. Principales Conceptos y Definiciones**

A partir de esa definición, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson, que como marco conceptual, son aplicables en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería.

**Persona** ( paciente): se configura como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales y que tiene necesidades básicas que deben satisfacerse para lograr mantener su integridad ( física y psicológica ) y promover su desarrollo y crecimiento.

“Henderson considera estas necesidades comunes en todos los individuos

1. Necesidad de Oxigenación:
2. Necesidad de nutrición e hidratación ( Comer y beber de forma adecuada)
3. Necesidad de eliminación ( Evacuar los desechos corporales)
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas .
7. Necesidad de termoregulación ( Mantener una adecuada temperatura corporal.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidades de Comunicación
11. Necesidades de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprender.

**Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción de la vida.

:

**Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo del organismo.

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

**Dependencia:** Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas. Esta causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

**Autonomía:** Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**Cuidador:** Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia.<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Durán de Villalobos Ma Mercedes, “Ciencia de enfermería “ En Antología de teorías y Modelos para la atención de enfermería.  
ENEO UNAM. 2007.pp 128 .

**Causa de la dificultad del problema:** son los obstáculos o limitaciones personales del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y pueden estar dadas por falta de fuerza (tanto física, emocional psíquicas y su capacidad intelectual), falta de conocimiento( relativo a la propia salud, la situación de la enfermedad, el autoconocimiento y los recursos propios y ajenos disponibles) y la falta de voluntad.

**Cuidados:** Son los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud. Se derivan del concepto de necesidades detectadas en materia de salud. Se derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones de enfermería reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, dirigidas a aumentar, mantener o recuperar la independencia de la persona. El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

El **usuario** del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

**El rol profesional** es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos. La fuente de dificultad en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

a) **Los conocimientos** se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

b) **La fuerza** puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

<sup>4</sup> Bertha Alicia Sánchez Proceso Enfermero, aplicación actual, edición Cuellar edit. no.00167, pp19

c) **La voluntad** implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

d) **La enfermera** tiene como función ayudar a individuos sanos o enfermos; ejerce como miembro del equipo de salud, actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio; posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas<sup>4</sup>.

El centro de intervención de enfermería son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y como (conocimiento) poder hacer (fuerza) o querer hacer (voluntad). Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar o reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas, supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial.

**La persona** debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional; el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia; paciente y familia forman una unidad; y las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

**La salud** es calidad de vida; es fundamental para el funcionamiento humano; requiere independencia e interdependencia; la promoción de la salud es más importante que cuidar al enfermo, los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad y conocimientos necesarios.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad; la enfermera debe tener formación en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones, deben conocer sus hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

<sup>5</sup> M. El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Edit Progreso, S.A de C.V 2a edición México DF.

**Relación enfermera -paciente:**

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

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

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

La enfermera como compañera del paciente: supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

**Relación enfermera – médico:**

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

**Relación enfermera – equipo de salud:**

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.<sup>5</sup>

## 6.3 Proceso Atención de Enfermería

### 6.3.1 Antecedentes Históricos

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

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (PAE), este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

### **6.3.2 Concepto**

El proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería eficaz y eficiente orientados al logro de objetivos y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas:

- Valoración
- Diagnóstico.
- Planificación
- ejecución.
- Evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo se tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

La finalidad es la identificación de las necesidades reales o potenciales del paciente estableciendo un plan de actividades con el objeto de resolver las necesidades detectadas para actuar en la forma mas especifica, asegurando la calidad en los cuidados de enfermería.

### **6.3.3. Ventajas del Proceso Atención de Enfermería**

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

Para el Paciente tiene las siguientes ventajas:

- Participar 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

#### **6.3.4 Características:**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

### 6.3.5 Etapas del proceso Atención de Enfermería

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados
- Evaluación. Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos, evaluar la congruencia, pertinencia de cada etapa, resultados obtenidos, logro de objetivos, limitantes, alcances<sup>6</sup>

### 6.3.6. Valoración

Es un proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todo los implicados.

- Las convicciones del Profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones. Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

<sup>6</sup>Bertha Alicia Rodríguez Sánchez Proceso enfermero, aplicación actual edición Cuellar edit. 00167 pp23-90

- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje. Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos
- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por “patrones Funcionales de Salud”: La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo /familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.
- Buscar datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud. Confirmar los problemas de salud que hemos detectado
- análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.
- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arte)
- Datos históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones previas)
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual, Métodos para obtener datos de valoración
- Entrevista Clínica.
- La observación.
- La exploración física.

### 6.3.7 Diagnóstico

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.
- Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería. Son los Diagnósticos de Enfermería. (DE).<sup>7</sup>

#### Los pasos del diagnostico son:

- Identificación de problemas.
- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas
- Formulación de problemas. Diagnostico de Enfermería y problemas interdependientes.

<sup>7</sup> Garcia M. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso, S.A de C.V . México DF. 2004 pp.21

Los componentes de las categorías diagnósticas son:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

### **Tipos de diagnósticos:**

**Diagnóstico Real o potencial:** Son problemas reales de la salud ante procesos de vida. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables que consta de tres partes de acuerdo al formato **PES**: problema (p) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

**Diagnóstico de Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" Consta de dos componentes, formato **PES**: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).<sup>8</sup>

8 Alfaro Rosalinda aplicación del proceso de atención de enfermería, 2da ED. Mosby México, 1995. pp 4.5.36.124,190

**Diagnostico de enfermería de bienestar** (salud): juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

### **Como escribir un Diagnóstico**

- Etiqueta diagnóstica
- Factor relacionado
- Manifestación clínicas
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico
- No indique el diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos

## **6.3.8 Planeación**

### **Etapas en el plan de Cuidados**

Establecer prioridades en los cuidados, Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de recursos económicos, materiales y humanos, Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado.

Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales de salud.

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

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo. Contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

### **Establecer prioridades.**

- En conjunto (paciente-familia-enfermera) identificar los problemas que requieren atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior.
- Ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.
- Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros.
- Reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros.

### **Criterios para establecer prioridades**

- Aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima)
- Satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia.
- Considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

### **Determinación de objetivos**

- Debe quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atienda al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.
- Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, que bajo una concepción holístico- humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.
- La no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdida de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun mas la relación terapéutica.<sup>9</sup>

<sup>9</sup>Bertha Alicia Rodríguez Sánchez Proceso Enfermero, aplicación actual. Edición Cuellar edit. No00167, pp190

### **Características de los Objetivos**

- Deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención
- Ser claras y concisas.
- Ser observables y médibles
- Incluir indicadores de desempeño
- Deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo
- Ser ajustadas a las realidades definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

### **Planeación de las intervenciones de Enfermería.**

- Están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado.
- Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería.
- Van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El objetivo lo logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud.
- Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

### **Características de las Órdenes de Enfermería**

- Deben ser coherentes con el plan de atención
- Estar basadas en principios científicos
- Ser individualizadas para cada situación
- Proveer un ambiente terapéutico seguro
- Generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención
- Utilizar los recursos adecuados
- Describir la forma en que se lleva a cabo la acción
- Indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever
- Indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.

<sup>10</sup>García M. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Edit. Progreso, S.A DE C.V 2a edición. México DF.2004 pp21

### **Funciones independientes propias**

Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada.

## **Funciones derivadas**

Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.<sup>10</sup>

## **Funciones interdependientes**

Son las que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

### **6.3.9 Ejecución**

- Es el planteamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.- Validación del plan de atención.
- Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: el plan es orientado a la solución de respuestas humanas, está apoyado en conocimientos científicos y cumple con las reglas para la recolección de datos Documentación del plan de atención.
- Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

## **Tipos de plan de cuidados**

- Individualizados: Son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería.
- Estandarizados con modificaciones: Permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.
- Computarizados: Se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

<sup>11</sup>Bertha Alicia Rodríguez Sanchez Proceso Enfermero, aplicación actual, edición Cuellar edit. no.00167

### **6.3.10 Evaluación**

Se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los

resultados esperados.

### **1a. Fase de la “Evaluación”**

La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró total o parcialmente. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.<sup>11</sup>

### **2A Fase de la “Evaluación”**

La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención.

Los datos de revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones:

- Que las prioridades hayan cambiado su orden
- Que haya surgido un nuevo problema
- que el problema haya sido resuelto
- Que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe
- Que el objetivo no se logró o solo se logró en forma parcial.

## **6.4. Diabetes Gestacional**

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica crónica. Representa un síndrome de deficiencia de insulina, íntimamente ligado a una variedad de factores hereditarios y

ambientales. Sus principales manifestaciones incluyen alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, y en la estructura, función de nervios y vasos sanguíneos. Los signos y síntomas tempranos de esta enfermedad nacen de los trastornos metabólicos como la hiperglucemia las complicaciones tardías se originan de los trastornos vasculares (como la enfermedad micro vascular que afecta a los riñones y retina) y las neuropatías.

### Principales alteraciones metabólicas en la diabetes

1. Disminución de la transformación de glucosa a glucógeno (almacenamiento) en hígado y músculos.
2. Disminución del consumo de glucosa por los tejidos.
3. Disminución de la conversión de glucosa a grasa
4. Aumento de la formación de glucosa a partir de las proteínas

**La diabetes gestacional** se define como cualquier grado de intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez en el embarazo. La diabetes gestacional complica casi el 4 % de los embarazos. Las mujeres con diabetes gestacional tiene cerca del 50% de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en los siguientes 10 años.

Entre 8% y 12% de la población mundial, de 25 años o más, padecen diabetes gestacional. En México, aunque no existen datos sobre la prevalencia, se sabe que es frecuente, por la predisposición de los latinos, a una alimentación rica en carbohidratos.

El padecimiento deriva de un trastorno en el metabolismo de los carbohidratos, que se presenta en pacientes embarazadas con factores de riesgo como raza, edad, y otras condiciones como embarazo múltiple, obesidad y antecedentes familiares.

La diabetes en el embarazo ofrece riesgos significativos para la madre y el feto. Con la diabetes mal controlada el riesgo de aborto espontáneo es alto, y el grado de alteraciones congénitas es de aproximadamente 6 a 12 %. La cetoacidosis diabética es una condición que amenaza de forma inmediata la vida de la madre y del feto. La muerte fetal ocurre un 10% en las mujeres con cetoacidosis diabética.

26

La diabetes gestacional incrementa el riesgo de desarrollo de macrosomía fetal, que se asocia con complicaciones secundarias como nacimiento por cesàrea, distocias de hombro y nacimiento traumático. Las complicaciones neonatales, como hipoglucemia, síndrome de insuficiencia respiratoria, hipocalcemia hiperbilirrubinemia se incrementa

En la mayoría de ocasiones el páncreas funciona con normalidad fuera del embarazo.

El problema reside en la placenta, que fabrica una gran cantidad de hormonas conocida como HCG (GONADOTROFINA CORIONICA Humana), es producida por la PLACENTA, estimula a los ovarios a incrementar los niveles de progesterona y estrógeno para mantener el embarazo y esto elevan los niveles de azúcar y obliga al páncreas a trabajar muy por encima de lo normal.

Por lo que se refiere al feto, la glucosa atraviesa libremente la barrera placentaria pero la insulina no la cruza, entonces la hiperglucemia materna se refleja por un aumento de la glucemia en el feto y si la hiperglucemia materna persiste ya en el embarazo avanzado, como sucede en la diabetes, el páncreas fetal responde produciendo mas insulina que no cruza hacia la circulación materna y, por tanto, pueden ocasionar hiperinsulinemia e hipoglucemia fetal o neonatal.<sup>12</sup>

Los síntomas clásicos de la diabetes gestacional incluyen poliuría, polidipsia y pérdida inexplicable de peso. La prueba de la intolerancia a los carbohidratos se le realiza entre las semanas 24 y 28 del embarazo o antes si corre algún riesgo.

La diabetes gestacional, puede controlarse mediante la dieta y el ejercicio. Algunas mujeres con intolerancia a la glucosa necesitan inyecciones con insulina.

La diabetes gestacional suele desaparecer después del parto, pero las mujeres que la desarrollan tienen un riesgo de desarrollarla de nuevo en un futuro embarazo o desarrollar diabetes en el futuro. Hacer ejercicio, seguir una dieta baja en azúcar y bajar de peso puede ayudarle a reducir el riesgo de desarrollar diabetes en el futuro.

#### **6.4.1 Factores de riesgo**

Tienen más riesgo de tener diabetes las mujeres:

- Mayores de 30 años
- Con sobrepeso, obesidad
- Con antecedentes familiares de diabetes
- Que hayan pesado más de 4kg cuando nacieron
- Pertenece a un grupo étnico que tiene más probabilidades de desarrollar diabetes como los hispanos, indios americanos, asiáticos o afro americanos

• <sup>12</sup>Dr. Martin Lazo de la Vega Obstetricia para la enfermera profesional Editorial el manual Moderno S.A DE C.V 2002 pp267-289

#### **6.4.2. Generalmente no hay síntomas y si se presentan son:**

- Visión borrosa

- fatiga
- Infecciones vaginales o de vías urinarias
- Polidipsia
- poliuria
- Polifagia
- Náusea y vómito
- perdida de peso

#### 6.4.3. Complicaciones:

- Sufrimiento fetal
- Macrosomía
- Muerte intrauterina y problemas neonatales.
- Malformaciones congénitas
- Hijos con un peso superior a 4kg
- excesiva cantidad de liquido amniótico
- Lesión (traumatismo) al nacer debido al gran tamaño del bebé
- Aumento de la posibilidad de diabetes y obesidad
- Ictericia
- Hipoglucemia

#### 6.4.4. Causas

Aunque con certeza no se sabe porqué es la diabetes gestacional, se cree que podría deberse al aumento en la producción de hormonas de la placenta durante el período de desarrollo fetal. Estas hormonas pueden afectar o bloquear la producción de insulina en el cuerpo de la madre, generando una resistencia a ésta.

La resistencia hace difícil que el cuerpo de la madre utilice la insulina para procesar la glucosa necesaria. Esto provoca un incremento en los niveles de azúcar en la sangre, lo que se traduce hiperglucemia.

Debido a que la **diabetes gestacional** se da hasta una etapa tardía en el embarazo, no produce los mismos tipos de defectos congénitos o complicaciones que a veces se produce en madres que padecen de diabetes antes de su embarazo. No obstante, es necesario mantenerlo bajo control con revisiones y tratamientos ya que puede contribuir al desarrollo de un recién nacido con macrosomía, es decir un recién nacido con peso arriba de lo normal.

Asimismo, la intolerancia a los carbohidratos puede producir diabetes tipo 2 en un futuro para el recién nacido.

#### **6.4.5. Tratamiento**

El tratamiento varía según las necesidades de cada madre. Pueden incluir una o todas de las siguientes opciones:<sup>17</sup>

- Dietas especiales
- Actividad Física
- Exámenes diarios de niveles de la glucosa
- Inyecciones de insulina

El embarazo supone muchos cambios en la globalidad de la gestante. Es evidente que tanto la mujer como su pareja, presentan grandes cambios psicológicos a lo largo de su embarazo y que adaptarse a estas modificaciones es un reto al que deben enfrentarse ambos. Sobre todo en las últimas semanas del embarazo es cuando más esperanzados se encuentran con la inminente llegada de “su hijo”, han establecido un fuerte vínculo con el niño durante el embarazo y se han establecido planes a futuro para el mismo, ya que han pensado el nombre que le van a poner, tienen preparada su habitación, elegida sus ropas, sus juguetes.

<sup>17</sup>Bertha Alicia Rodríguez Sánchez Porceso Enfermero, aplicación actual. Edición Cuellar edit. No00167, pp 190

## **7. CASO CLINICO**

Tiene importancia relevante en la educación formal y no formal de los profesionales de enfermería, por permitir el desarrollo de habilidades del pensamiento, así como la integración

de conocimientos y experiencias. Con ello se promueve la investigación de enfermería, la actualización de cuidados y la unificación de criterios para la atención.

El embarazo supone muchos cambios en la globalidad de la gestante. Es evidente que tanto la mujer como su pareja, presentan grandes cambios psicológicos a lo largo de su embarazo y que adaptarse a estas modificaciones es un reto al que deben enfrentarse ambos. Sobre todo en las últimas semanas del embarazo es cuando más esperanzados se encuentran con la inminente llegada de “su hijo”, han establecido un fuerte vínculo con el niño durante el embarazo y se han establecido planes a futuro para el mismo, ya que han pensado el nombre que le van a poner, el lugar donde estará, ropa y demás.

El caso clínico que se presenta a continuación tiene fines educativos; por tal razón, las etapas del proceso enfermero se encuentran detalladas; cabe señalar que el proceso debe aplicarse en forma mental y sistemática durante la práctica profesional de enfermería, documentando únicamente en los registros los datos requeridos por cada institución.

El caso clínico corresponde a una usuaria hospitalizada en el servicio de ginecología, con diagnóstico médico de diabetes gestacional; que requiere en apariencia de una atención de enfermería sencilla y rutinaria

## 7.1 Resumen y valoración por necesidades.

**Nombre:** Inés R V

**Edad:** 40 años- Sexo- Fem-nacionalidad-mexicana- fecha de nacimiento-19 de diciembre de 1969 **Ocupación** trabaja de limpieza y en el hogar- escolaridad- cuarto de primaria-religión- católica- Lugar de origen- San Miguel Topilejo D.F Tlalpan- estado civil- unión libre- Familiar responsable- su esposo, que ingresa el 25 de marzo del 2010 al servicio de hospitalización ginecología cama 4 para realizar intervención quirúrgica de cesárea la cual ya fue programada. Entre los antecedentes personales de importancia están los cuadros gripales de faringo-amigdalitis repetitivos, infección de vías urinarias y la detección de diabetes gestacional

### **Antecedentes heredo/familiares de importancia:**

Padre vivo originario del Estado de México, diabético desde hace 6 años.

Madre viva originaria de Puebla, hipertensa desde hace 4 años.

seis hermanos, hermano mayor diabético desde hace 3 años, resto sanos aparentemente, Ella es la cuarta de la familia.

Refiere fumar desde hace 5 años, consume 3 cigarrillos al día.

**El diagnóstico medico actual** mujer embarazada con diabetes gestacional.

### **El tratamiento medico consiste en:**

- Mantenerla en ayuno
- Canalizar con solución Fisiológica de 1000 ml, para mantener vena permeable
- Sin medicamentos
- Vigilar signos vitales
- Toma de destroxitis c/4 hrs
- Preparar a la paciente para cesárea.
- Ya cuenta con estudios de laboratorio y gabinete se tomaron en urgencias.

### **Factores del sistema familiar:**

Habita en casa rentada, de concreto, con 2 habitaciones, cocina, baño con regadera y piso de loseta, habitan en ella ocho integrantes, contando con animal doméstico, cuenta con buena ventilación e iluminación, con todos los servicios sanitarios, eliminación de desechos a través de red de drenaje, vías de comunicación adecuada ( carreteras, transporte público, teléfono celular y público).

### **Necesidades de oxigenación**

Se observa con palidez de tegumentos, campos pulmonares ventilados, abdomen globoso por el embarazo, con elevación, de la pared torácico, al estar hablando, su respiración es rápida y forzada, cansancio por el esfuerzo. La calidad del aire que respira esta contaminada por la basura y animales muertos en el ambiente.

Signos vitales Fc. 78 por minuto, Fr. 18 por minuto, T/A 130/90, temperatura 36,8<sup>0</sup>. Consume pocos líquidos de 2 a 3 vasos al día se toma una gaseosa diario de un litro.

No tolera estar acostada en decúbito lateral, solo en semifowler. Miembros pélvicos con ligero edema y buen llenado capilar. Tiene una hemoglobina de 13, esta en cama canalizada con líquidos intravenosos, fisiológica de 1000 P/24 horas.

### **Necesidad de alimentación**

Presenta caries en varias piezas dentales, edad 40 años, talla 1.58 m constitución corporal se observa con sobrepeso de 10 kg patrón de ejercicio sedentaria, la alimentación habitual durante su embarazo fue a base de tortilla con sal, sopa de pasta, frijol, papas, verduras, 1 a 2 por semana, golosinas una pieza de pan, huevo 2 a 3 piezas por semana, líquidos 1 litro o menos al día, incluida la gaseosa, carne una vez por semana ( pollo, carne de puerco o res) pescado no consume por su costo sus hábitos alimenticios son muy alterados, no disfruta, de tres comidas al día.

Siempre come sola y a prisa , no toma siestas después de los alimentos, sus conocimientos sobre la importancia de una alimentación balanceada es muy bajo, ya que da lo mismo, comer sopa, que carne. Hay días que solo consume frijoles y realiza dos comidas( desayuno y cena)

### **Necesidades de eliminación**

Estreñimiento. Evacuaciones a veces cada tercer día, características duras y dolor al tratar de defecar. Ingesta de un litro o menos de líquidos al día. Alimentos con poca fibra o nula. Sedentaria vive en constante estrés

### **Necesidad de moverse y mantener una buena postura.**

Actualmente presenta limitaciones para el movimiento como caminar y sentarse porque se encuentra en la etapa final de su embarazo, presenta cansancio con el esfuerzo, sedentaria T/A 130/90 frecuencia cardiaca 78 por minuto.

### **Necesidades de descanso y sueño**

Dice que solo ha dormido 3 a 4 horas durante la estancia hospitalaria. En su domicilio no tiene horas de descanso, ya que considera no tener tiempo, tiene que trabajar todo el tiempo, para ayudar a la economía familiar. Solo duerme de 5 a 6 horas diarias y a veces menos . En el hospital no logra descansar por la poca ropa que le proporcionan y ella es muy friolenta, se despierta 2 a 3 veces en la noche, tiene días que no logra conciliar el sueño, expresa preocupación por los problemas económicos y su embarazo.

### **Necesidades de usar prendas de vestir adecuadas.**

En su casa, utiliza sus batas de maternidad, en el hospital la ropa establecida, no le agrada ya que suele ser incomoda, le proporcionan poca ropa para dormir y se presentan muchos cambios de temperatura en la habitación utiliza pantunflas para dormir.

### **Necesidades de termorregulación**

Tem. 36.8 ° con palidez de la piel. Es friolenta, tiende a enfermarse de la garganta con frecuencia debido a los cambios bruscos de temperatura.

### **Necesidad de higiene y protección de la piel**

Baño a veces diario o cada tercer día, con cambio total de ropa, piel seca. Cabello maltratado y reseco, cepillado de dientes 2 veces al día, le faltan dos piezas dentales, y se observan varias caries dentales. Presencia cicatrices en brazo izquierdo debido a un accidente automovilístico Refiere tener cicatrización adecuada, no se observan tatuajes. Pies limpios, sin uñas enterradas, presenta solo sequedad.

### **Necesidad de Evitar peligros**

Embarazada con diabetes gestacional, vive en un medio ambiente muy contaminado esta en riesgo de presentar complicaciones. Desconoce medidas de prevención de accidentes, de enfermedades y de agresiones del medio. No lleva a cabo medidas de reposo y relajación. No realiza ejercicio . Es de bajos recursos económicos y hábitos alimenticios.

### **Necesidades de Comunicación**

Refiere no llevar buena comunicación con su pareja, debido a su estado frecuente de alcoholismo, solo se comunica con sus hijas, una hermana y con su hijo muy poco. Se observa temerosa, para expresar sus pesares y todo lo relacionado con sus salud, manifiesta que le da pena preguntar ya que le cuesta trabajo expresar sus sentimientos y emociones.

### **Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Es católica, va a misa los domingos y no siempre, expresa que no cree en lo que le dicen hasta no ver los hechos y espera que yo aclare sus dudas.

### **Necesidad de Trabajar y realizarse**

Siempre ha trabajado, para ayudar al gasto familiar, no cuenta con un trabajo seguro, es eventual, lo dice con pesar, la motiva tenerlo, pero no se siente realizada. No cuenta con seguro social, solo con seguro popular. Por lo que no cuenta con una incapacidad, No goza de descansos, de lo contrario no le pagan y esto agravaría las cosas .

### **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

Por el hecho de ser sedentaria, no lleva a cabo ninguna actividad al aire libre, le agrada ver televisión de vez en cuando. Cuenta con poco tiempo para distraerse, debido a su trabajo. Presenta ligero edema de miembros pélvicos, desde el séptimo mes, últimamente se cansa, con los esfuerzos.

### **Necesidad del aprendizaje**

Solo estudio hasta el cuarto de primaria, si sabe leer y escribir, no sabe nada sobre los cuidados que debió llevar durante su embarazo, sobre su enfermedad, dieta y ejercicio. Se interesa por aprender.

### **Reacción al embarazo**

Refiere que el embarazo no fue planeado, pero si le dio gusto estar embarazada, tenia temor por su edad. Manifiesta que su esposo al principio se molesto y se angustió por la edad de ella, pero actualmente se muestra contento y ambos empezaron a planear su futuro, desean que todo salga bien y el le prometió no emborracharse si todo sale bien.

**Control Prenatal.** No recibió atención prenatal durante los primeros cinco meses ya que no estaba segura de estar embarazada , debido a que sus ciclos menstruales eran irregulares y pensaba que la menstruación ya se había ido, fue hasta los cinco meses de amenorrea cuando acude al centro da salud y le confirman su embarazo, donde se realizan estudios correspondientes, continuando con su vigilancia por dos ocasiones más . Alrededor de los siete meses es referida al hospital Materno Infantil de “Topilejo” en San Miguel Topilejo Tlalpan para su atención. El médico del centro de salud le informó , que su embarazo es considerado de alto riesgo por su edad y se dará el manejo requerido.

**Alto riesgo** , por tratarse de un embarazo con diabetes gestacional de 40 años de edad, control prenatal inadecuado, nivel socioeconómico bajo, multiparidad (6). antecedentes de partos prematuros (1), productos de bajo peso (2) macrosómico (1) y (1) aborto, periodo inter genésico ) 12 años aborto y el embarazo actual).

## **Exploración física de la señora Inés**

**Valoración Subjetiva.-** Se trata de mujer embarazada de 40 años de edad, con apariencia mayor a la cronológica; procedente de San Miguel Topilejo, residente de la misma desde hace 20 años; nivel socioeconómico bajo; habita en casa rentada que cuenta con dos habitaciones, cocina y baño, habitando en ella ocho personas, cuenta con los servicios básicos de urbanización no pavimento en su colonia, agua potable insuficiente, recolección de basura por camión municipal; aspecto con higiene personal regular, hábitos alimenticios irregulares por la cantidad y calidad; ella se dedica al trabajo domestico, además de realizar sus actividades del hogar, tiene 6 hijos de los cuales 2 trabaja y 4 estudian actualmente; tabaquismo positivo alcoholismo y consumo de drogas negados; quirúrgicos en una ocasión por eventos obstétricos, traumatismos y Alergias negados.

Se encuentra hospitalizada para ser intervenida quirúrgicamente de cesárea la cual ya esta programada para el 25 marzo del 2010 a las 8 de la mañana por presentar diabetes gestacional desde los 7 meses de embarazo, hace dos meses estuvo internada por presentar salida de líquido el cual fue controlado, se ha mantenido estable el día de hoy, su cesárea fue suspendida por falta de ropa.

**Valoración Objetiva-** se trata de mujer embarazada de 40 años de edad, con apariencia física mayor a la cronológica se encuentra conciente, orientada en tiempo y espacio, cooperadora al interrogatorio, tímida al momento de la valoración, cabeza ovalada, cabello desaliñado canoso, bien implantado y reseco, ojos simétricos, con palidez generalizada de tegumentos, mucosas orales hidratadas, signos vitales T/A 130/90

Fc, 78 por minuto, Fr 18 por minuto, Tem 36.8 , nariz central con narinas permeables, pabellones auriculares simétricos; facies, ansiedad, inquietud.

Mamas turgentes, pezones bien formados, lactopoyesis presente; se auscultan campos cardiorrespiratorios encontrándose ruidos cardiacos rítmicos, campos respiratorios ventilados sin compromiso agregado.

Se observan datos de dificultad para respirar al estar hablando; abdomen globoso a expensas de útero gestante, miembros pélvicos con ligero edema. FU de 36 cm, frecuencia cardiaca fetal de 145 por min. el Feto se en situación longitudinal, presentación cefálica, encajado;

A la exploración vaginal se encuentra cérvix cerrado, membranas integras , producto en cuarto plano de Hodge. Pelvis útil, sin actividad uterina con ligero edema de miembros pélvicos.

**Peso antes del embarazo 54 kgs**  
**Peso actual 74 kg.**

**Talla 1.58 m.**

### **Antecedentes personales no patológicos.**

Originaria del D.F en San miguel Topilejo Tlalpan desde hace 20 años, religión católica, solo estudio hasta cuarto de primaria, dedicada al trabajo y al hogar , vive en casa rentada, con todos los servicios de saneamiento y urbanización, cuenta con el apoyo de su pareja. Tabaquismo positivo, alcoholismo negado, no consume ningún tipo de drogas. Grupo sanguíneo B+, esquema de vacunación no recuerda si ha sido vacunada de chica pero durante sus embarazos le aplicaron la vacuna contra tétanos. Quirúrgicos 1 cesárea y la que le van a realizar.

### **Antecedentes personales patológicos**

Padeció de varicela a los 10 años, traumatismos negados, transfusiones sanguíneas solo una vez, después de su segundo parto y alergia negadas, cuadros repetitivos de faringo-amigdalitis de 3 a 4 ocasiones por año. Maneja presiones de 130/90 .

### **Antecedentes gineco obstétricos**

Menarca a los 12 años, púbarca a los 11 años , ciclos menstruales con dismenorrea, incapacitante en ocasiones, con periodos de 28x8 días irregulares últimamente, inicio de vida sexual activa a los 16 años, 3 compañeros sexuales no circuncidados. Método anticonceptivo, DIU. Retirado hace 6 años por ocasionarle hemorragias transvaginales. No se ha realizado papanicolau hace 2 años por falta de tiempo y recursos.

**FUM 9 de junio FPP 16 de abril Gesta **8** Aborto **1** FUA marzo de 1997 Cesárea 2 con esta  
**Para 4 FUP 12 años SDG 37 x USG x USG 38 SDG****

### **Padecimiento actual**

Se trata de mujer de 40 años de edad embarazada con 37 semanas de gestación por FUM, en el ultrasonido reporta 38 SDG, con FU de 36,5 cm, cursando con diabetes gestacional producto abocado y encajado, presentación cefálica, situación longitudinal, dorso izquierdo. No hay presencia de contracciones uterinas. No cuenta con antecedentes de partos pretermino, dos hijos de bajo peso y uno con macrosomía

Al momento de su ingreso la señora Inés ya sabía que tiene diabetes gestacional, dos meses antes se le había detectado e informaron que se le había presentado por el embarazo porque antes no habían tenido ningún problema. Cabe mencionar que cuenta con antecedentes de consanguinidad directa del padecimiento.

### **Laboratorios reporta.**

Ya cuenta con laboratorios biometría hemática; HB 13, Hto. 40.4, leucocitos 10.3, Química Sanguínea; . Glucosa; 256; BUN 11; Creatinina 0.6, Urea 24; Tp 10.6 seg /14.0 % TpT 26.0 seg.

### **25 de marzo 2010.**

La señora Inés , se encuentra en Hospitalización de ginecología, cursando el primer día de estancia hospitalaria ya programada para cirugía de cesárea, siendo ahí donde se elige para el caso clínico a realizar.

### **26 de marzo 2010**

Se aplica la cédula de valoración durante la visita, donde se explica la metodología del programa junto con los tiempos programados, actividades y finalidades.

### **27 de marzo del 2010**

Después de su cesárea se le realizara otra visita a ala señora Inés para saber su estado actual, esta contenta porque el RN se encuentra bien lo tendrán en observación para su vigilancia por cualquier problema que pudiera presentar ya que es un producto macrosómico de 4500 Kg. Ella maneja cifras ( 110 mgddl) de su glucosa y el recién nacido ( 95 mgdl), se observa contenta, porque todo salió bien, da las gracias por la ayuda y la motivación proporcionada durante su estancia.

Se le realiza una visita domiciliaria un mes después para dar continuidad a este trabajo y observar como se encuentra nuestra paciente, nos recibe contenta, menciona que las dos ocasiones que ha acudido al centro de salud, ha realizarse su prueba de glucemia ha salido bien 105mgdl- 110 mgdl.

En el Plan de Cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de enfermería:

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alteración de la respiración relacionada con disminución del volumen sanguíneo manifestada por aumento de la frecuencia respiratoria.</li> </ul>
Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alteración de la nutrición relacionada con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por aumento de la glucosa sanguínea y aumento del peso corporal en relación con la talla.</li> <li>➤ Alteración de la nutrición relacionado con dolor y cirugía Cesárea.</li> </ul>
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estreñimiento relacionado con sedentarismo ,ingesta insuficiente de fibra y líquidos.</li> <li>○ Desesperación por deposiciones duras, dolor y esfuerzo al evacuar.</li> </ul>
Movimiento corporal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alteración de la posición y postura relacionada con el dolor de la herida quirúrgica, manifestado por necesidad de ayuda para deambular y marcha claudicante</li> </ul>
Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sueño y descanso alterado relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga y pocas horas de sueño efectivo, durante la estancia hospitalaria.</li> </ul>
Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disminución de la temperatura corporal manifestado por frío e inadecuada ropa para cubrirse.</li> </ul>
Higiene y protección de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Herida quirúrgica relacionado con operación (Cesárea), manifestada por alineación de bordes de piel por puntos.</li> <li>○ Deterioro de la dentición por falta de conocimiento sobre salud dental</li> </ul>
Evitar los Peligors	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dolor relacionado con herida quirúrgica.</li> <li>○ Ansiedad, perturbación relacionada con las complicaciones del embarazo</li> <li>○ Aumento de glucosa sanguínea relacionado con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por glucosa de 256</li> </ul>

Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Angustia relacionada con las complicaciones del embarazo.</li> <li>○ Dificultad para expresar sus dudas y temores.</li> </ul>
Trabajar y realizarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta de remuneración económica relacionado con ausencia de empleo manifestado por ingreso económico bajo.</li> </ul>
Aprendisaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificultad para mejorar el aprendizaje relacionada con la falta de conocimiento de su padecimiento.</li> </ul>
Receación y Ejercicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sedentaria manifestada por la falta de actividades recreativas.</li> </ul>

## 8. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

**NECESIDAD:** Oxigenación

**Dx. DE ENFERMERIA:**

➤ Alteración de la respiración relacionada con disminución del volumen sanguíneo manifestada por aumento de la frecuencia respiratoria.

**OBJETIVO:**

- ✓ Orientar sobre técnicas respiratorias que permitan la relajación y favorezcan la respiración
- ✓ Indicar cambios de posición que permitan la inspiración y expiración libre y con ello evitar el compromiso respiratorio.
- ✓ Lograr que doña Inés respire con normalidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Colocar al paciente en posición de semifowler.</p> <p>Evitar esfuerzos innecesarios.</p> <p>Expectoración de secreciones en caso necesario.</p> <p>Reposo absoluto</p> <p>Colocación de puntas nasales.</p> <p>Orientar sobre técnicas respiratorias que favorezcan el intercambio gaseoso como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Respiraciones profundas y sostenidas.</li> <li>*Cambio de posición.</li> <li>*Inflar globos.</li> <li>*De ambulación.</li> <li>*Utilizar espirómetros etc</li> </ul>	<p>La Posición semifowler favorece el descenso del diafragma y una inhalación máxima.</p> <p>Disminuir la actividad limita el agotamiento de la reserva ventilatoria.</p> <p>Mantener el área permeable favorece el intercambio gaseosos</p> <p>El descanso absoluto disminuye el consumo al miocardio de oxígeno.</p> <p>El oxígeno es necesario para el metabolismo a nivel celular.</p> <p>La respiración superficial y en una misma posición ocasionan la aparición de atelectacia y por consiguiente se disminuye la superficie para el intercambio gaseoso.</p>	<p>Se oriento a Inés y su pareja sobre técnicas respiratorias favorables y las llevaron acabo.</p> <p>Se le indico a Inés y sus pareja el cambio de posición y su importancia.</p> <p>Se observa una mejor respuesta inhalatoria y expiratoria de Inés, al ser más profundas y menos superficial, además disminuyo la frecuencia respiratoria se mantubo 18 por minuto.</p>

**NECESIDAD:** Nutrición e hidratación

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Deshidratación relacionada con la falta de ingesta de liquidos orales..

○ Alteración de la nutrición relacionada con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por aumento de la glucosa sanguínea y aumento del peso corporal en relación con la talla.

**OBJETIVO:**

- Lograr que Inés incremente la ingesta de líquidos orales.
- Orientar sobre el consumo de alimentos que no ocasionen aumento de los niveles de glucosa en sangre y favorezcan su estado de salud.
- Mejorar el estado de nutrición de Inés .
- Disminuir el dolor y malestares de Inés para favorecer una alimentación optima de acuerdo a sus necesidades nutricionales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Conservar la ingestión de líquidos suficientes.</p> <p>Proporcionar líquidos a libre demanda.</p> <p>Fomentar la nutrición adecuada e ingesta apropiada de proteínas, grasas, carbohidratos y vitaminas.</p> <p>Referir a la Sra Inés con un profesional de la nutrición</p> <p>Se oriento sobre los alimentos que ocasionan aumento de los niveles de glucosa sanguínea. *Evitar azúcares simples y grasas saturadas. *Aumentar el consumo de frutas y verduras de temporadas.</p> <p>Proporcionar analgésicos bajo prescripción médica.</p> <p>Orientar sobre técnicas que eviten la aparición del dolor. * Cambio de posición.</p>	<p>La hidratación evita sequedad de piel. Los volúmenes adecuados son necesarios para eliminar productos de desechos.</p> <p>La nutrición adecuada facilita la cicatrización y es útil para prevenir la maceración de los tejidos.</p> <p>La diabetes gestacional es un trastorno ocasionado por la alteración de la secreción hormonal durante el embarazo ( producidas por la placenta )</p> <p>El dolor es un dato subjetivo que solamente la persona que lo sufre puede referir, si el umbral es alto, medio o bajo y se debe de creer que existe dolor. El</p>	<p>Inés se encontró en un estado adecuado de hidratación después de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.</p> <p>Se le indico a doña Inés que alimentos que favorecen su adecuado estado de nutrición y favorecen los niveles normales de glucosa sanguínea.</p> <p>Muestra fuerza y voluntad para modificar sus hábitos alimenticios pero por falta de recursos económicos lo logra solo en un 60% a un 80%</p> <p>Se disminuyo el dolor y se favoreció y disminuyeros las molestias de Inés.</p>

	personal de salud debe tratarlo sin indiferencia.	
--	---	--

**NECESIDAD:** Eliminación

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Estreñimiento relacionado con el sedentarismo, e ingesta insuficiente de fibra y líquidos manifestado por la sensación de plenitud
- Desesperación, deposiciones duras, dolor y esfuerzo al evacuar

**OBJETIVO:**

- Mejorar la función de la eliminación intestinal.
- Que ingiera mayor cantidad de líquidos y fibra y llevar a cabo un plan de ejercicios.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Proporcionar suficiente cantidad de líquidos.</p> <p>Fomentar el consumo de líquidos y fibra resaltar su importancia</p> <p>Toma de destrostix</p> <p>Se monitorizan las características de las evacuaciones (consistencia, olor, cantidad y frecuencia)</p> <p>Se realizan cambios frecuentes de posición y deambulación, asistida durante el turno.</p> <p>Se aplica un programa de ejercicios activos y pasivos en cama y fuera de ella, Antes y después de su cesárea</p>	<p>El agua es el principal compuesto del organismo 45% en un adulto mayor.</p> <p>Por medio del destrostix se obtiene una muestra de glucosa en sangre aproximada.</p> <p>La insulina es una hormona que permite la captación de glucosa por parte de la célula, modificando la permeabilidad de la membrana celular.</p>	<p>Se mantuvieron los niveles de glucosa dentro de parámetros aceptables para 60-120 mg/dl.</p> <p>Se mantiene en observación en un periodo de 24 horas y solo arroja agases. En 72 horas después de aumentar la ingesta de líquidos, dieta rica en fibra, ejercicios pasivos y cambios frecuentes de posición se logra que evacue sin molestias.</p>

**NECESIDAD:** Movimiento Corporal.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Alteración de la posición y postura relacionada con el dolor de la herida quirúrgica, manifestado por necesidad de ayuda para deambular y marcha claudicante

**OBJETIVO:**

- Proporcionar ayuda a doña Inés en la deambulación
- Disminuir el dolor para mejorar su cambio de posición.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Dar cambios frecuentes de posición</p> <p>Proporcionar ayuda en la deambulación y sugerir que su pareja apoyen a doña Inés en la deambulación en pasillos o al sanitario.</p> <p>Dar a conocer a la paciente el uso de cojines en el momento de dormir en región lumbar y entrepierna para ayudar a mitigar las molestias normales del embaraz</p>	<p>Los ejercicios aceleran la recuperación de la función muscular y disminuye el dolor y otras molestias a largo plazo</p> <p>Algunos accesorios ayudan a relajar los musculos y mejoprar la posición corporal favoreciendo el descanso.</p>	<p>Se le proporciono ayuda a doña Inés en la deambulación por parte del personal de enfermería y de sus pareja.</p> <p>Se sugirió posición libre para disminuir el dolor y este disminuyo.</p>

**NECESIDAD:** Descanso y sueño.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Sueño y descanso alterado relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga y pocas horas de sueño efectivo.

**OBJETIVO:**

- Recomendar cambios de posición que disminuyan el dolor.
- Disminuir el dolor y lograr que Inés pueda dormir y descansar adecuadamente.
- Orientar sobre técnicas de relajación que permitan el descanso a través del sueño.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Disminuir en lo posible el ruido que favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Administrar analgésico preescrito por indicación médica. Para favorecer el descanso y sueño.</p> <p>Recomendar el cambio de posición que disminuya el dolor y favorezca el descanso y sueño.</p> <p>Técnicas simples de relajación:</p> <p>* Frotamiento de la espalda antes de acostarse.</p> <p>*Momentos de tranquilidad antes de ir acostarse como leer o ver televisión.</p>	<p>El conciliar un sueño mínimo de 8 horas favorece el funcionamiento mental, y disminuye la angustia y ansiedad.</p>	<p>Se recomendaron cambios de posición a Inés que favorecieron su descanso y sueño.</p> <p>Se oriento a Inés y su pareja las técnicas por medio de las cuales ella podría conciliar el sueño.</p> <p>Se disminuyo el umbral de dolor de doña Inés según referencias de ella y pudo descansar favorablemente.</p> <p>Se logro que Inés pudiera dormir y descansar adecuadamente con ayuda de sus familiares</p>

**ECESIDAD:** Termoregulación

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Disminución de la temperatura corporal manifestado por frío e inadecuada ropa para cubrir sus necesidades

**OBJETIVO:**

- Conseguir la autorización para dejar a su familiar proporcionar ropa para cubrirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de lo normal.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Toma de la temperatura axilar, las veces que sean necesarias.</p> <p>Se ofrece suficiente ropa para abrigar a Inés.</p> <p>Se tratan de evitar los cambios bruscos de temperatura</p> <p>Se evitan corrientes de aire manteniendo ventanas cerradas.</p> <p>Mantener la herida quirúrgica limpia, cuidar la alimentación y aseo personal para evitar procesos infecciosos.</p>	<p>La temperatura es un signo vital y la elevación por encima de parámetros normales ocasiona alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas.</p> <p>El hipotálamo es el centro regulador de la temperatura.</p> <p>El agua es el componente principal de los organismos vivos.</p> <p>La ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación (antibiótico) de amplio espectro, para microorganismos Gram. positivos y negativos.</p>	<p>Se tomo la temperatura y se mantubo a 36.9° a través de los cuidados de enfermería que se proporcionaron.</p> <p>Se logra cubrir la necesidad de Inés evitando tener frío en el servicio ya que su pareja le proporcionó más ropa con autorización de trabajo social.</p> <p>Aprende a tomarse la temperatura y a leer el termómetro.</p>

**NECESIDAD:** Evitar Peligros.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Dolor relacionado con herida quirúrgica.
- Ansiedad, perturbación personal en relación con las complicaciones del embarazo.
  
- Aumento de glucosa sanguínea relacionado con trastorno del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos manifestado por glucosa de 256Mg /dl

**OBJETIVO:**

- Aliviar el dolor relacionado con la operación quirúrgica a niveles tolerables.
- Administrar líquidos para y mantener la presión sanguínea en valores normales.
- Mantener los niveles de glucosa sanguínea dentro de parámetros normales y evitar complicaciones en la recuperación.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Evitar esfuerzos innecesarios.</p> <p>Administrar analgésico prescrito por indicación médica. Para. Disminuir el dolor</p> <p>Recomendar el cambio de posición en la cual pueda disminuir el dolor.</p> <p>Administrar por via intravenosa soluciones que mantengan el volumen sanguíneo.</p> <p>Tomar cada 2 Horas la presión sanguínea.</p>	<p>La maceración de los tejidos provoca dolor, por las terminaciones nerviosas.</p> <p>La neuronas son las encargadas de transmitir las sensaciones a los núcleos cerebrales</p> <p>El dolor es un dato subjetivo que se debe creer a la persona que lo refiere.</p> <p>La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales a medida que pasan por ella.</p> <p>En un paciente tranquilo la lectura de la presión sanguínea es mas precisa.</p> <p>La presión sanguínea es afectada por emociones, ejercicio dolor y posición.</p>	<p>Inés refiere que disminuyo el umbral del dolor.</p> <p>La presión sanguínea se mantuvo a 130-90 mm/Hg después de su estancia en el servicio de hospitalización obstetricia.</p> <p>Los niveles de glucosa se controla con dieta y se mantuvieron en parámetros de 60- 120 Mg./d</p>

**NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Herida quirúrgica relacionado con operación (Cesárea), manifestada por alineación de bordes de piel por puntos.
- Deterioro de la dentición por falta de conocimiento de la salud dental

**OBJETIVO:**

- Mantener limpia y seca la herida quirúrgica para evitar procesos infecciosos y contribuir a su pronta recuperación.
- Proporcionar confort y descanso a Inés a través del aseo personal y dental.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Fomentar el baño diario con jabón neutro.	Los jabones neutros y lociones son útiles para prevenir la sequedad y agrietamiento de la piel	Se mantuvo limpia y seca la herida quirúrgica durante su estancia en el servicio de hospitalización-obstetricia.
Utilizar un cepillo de cerdas blandas o dispositivos especiales para la limpieza de boca lavado diario de boca	El aseo de cavidad bucal prevé gingivitis, aparición de caries mejora la salivación y proporciona bienestar	Se proporciono confort y descanso a Inés durante su estancia en el servicio de hospitalización-obstetricia.
Hacer curación de herida quirúrgica.	La asepsia es la eliminación de bacterias por medio de antisépticos. La curación de la herida quirúrgica con la técnica adecuada disminuye el riesgo de infección.	Proporcionarle el baño y ayudarla a realizar su aseo personal, le brinda confianza y lo manifiesta.
Lubricar el cuero cabelludo Ayudarla a peinarla	Es útil para conservar la integridad de la piel. Estimulo el cuero cabelludo, el peinarla desenredar el cabello, la hace ver bien y sentirse mejor.	

**NECESIDAD:**

Comunicación.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Angustia relacionada con el ingreso al hospital por las complicaciones del embarazo.
- Dificultad para expresar sus dudas y temores

**OBJETIVO:**

- Disminuir la angustia de Inés, escuchar sus sentimientos y explicar que pronto volverá a estar con su familia aclarar sus dudas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes de Inés</p> <p>Indicar a Inés que el estrés y preocupación puede incidir en su estado de salud.</p> <p>Hacerle saber su pareja la apoyara en este proceso.</p> <p>Comentarle que pronto volverá a estar en casa y reanudara sus actividades.</p> <p>Estimular la libre expresión de sentimientos</p> <p>Reforzar y elogiar los logros y decisiones obtenidas</p>	<p>El interés que demuestre uno hacia las personas aumenta su autoestima.</p> <p>El estrés y angustia provocan inmunosupresión y elevan los niveles de glucosa.</p> <p>Saber que las cosas marchan bien, favorece la recuperación mental, física y social.</p>	<p>Disminuyo la angustia de Inés.</p> <p>Se escucharon sus sentimientos y se explico que pronto volvería a estar con su familia.</p> <p>Se logra establecer un ambiente de respeto y confianza con Inés y logra expresar sus dudas y temores.</p>

15Diagnósticos enfermeros defin iciones y clasificación 2007-2008 NANDA INTERNACIONAL revisión Ma. Teresa Luis Rodrigo, edición en español Elsevier S.A GÉNOVA 294 PP 3-223

**NECESIDAD:**

Trabajar y realizarse.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Falta de remuneración económica relacionado con ausencia de empleo manifestado por ingreso económico bajo.

**OBJETIVO:**

- Proponer alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes de Inés.</p> <p>Orientar sobre las actividades que Inés puede desempeñar en algún trabajo. De acuerdo a el oficio que puede desempeñar.</p> <p>Indicar las fuentes de bolsa de trabajo como son: periódicos y gente conocida que podría requerir sus servicios domésticos.</p>	<p>La falta de atención en una conversación ocasiona falta de interés por parte de quien expresa sus sentimientos.</p> <p>Lo desconocido ocasiona temor, el conocimiento de lo desconocido crea un sentido de seguridad.</p> <p>El proporcionar ayuda significa un acto de amistad y amor.</p>	<p>Se propusieron alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica de Inés</p> <p>Inés refirió sentirse aceptada y apreciada al ser escuchada.</p> <p>Después de la conversación, se elevo su autoestima y se sintió segura de poder desempeñar funciones en actividades domésticas que la protejan con servicios de seguridad.</p> <p>Inés agradeció la ayuda y prometió acudir a buscar trabajo en los lugares que se le indicaron.</p>

<sup>16</sup> Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2007-2008 NANDA INTERNACIONAL revisión Ma Teresa Luis Rodrigo, edición en español Elsevier España S.A GÉNOVA 294 PP 3-223

**NECESIDAD:** Aprendizaje

**Dx. DE ENFERMERIA:**

➤ Dificultad para mejorar el aprendizaje relacionado con la ausencia de conocimiento de su padecimiento.

**OBJETIVO:**

➤ Estimular la disposición de un afrontamiento efectivo de Inés para concientizar su problema y de aprender los cuidados que requiere en esta etapa.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Orientar a Inés para que tome decisiones.</p> <p>Se estimula a Inés para que tenga confianza en si misma y en el equipo de salud.</p> <p>Se favorece la expresión de sentimientos</p> <p>Hacerle saber que en todo momento se aclararan sus dudas para que aprenda simultaneamente</p> <p>Se asesora continuamente.</p> <p>Se fomenta la sustitución de hábitos indeseados.</p>	<p>El interés que demuestre uno hacia las personas aumenta su autoestima.</p> <p>Todo lo que desconocemos genera angustia y estrés</p> <p>Saber que las cosas marchan bien, favorece la recuperación mental, física y social.</p>	<p>Inés comenta que esta preparada para tomar sus propias decisiones.</p> <p>Se escucharon sus sentimientos y se explico que pronto volvería a estar con su familia.</p> <p>La usuria expresa que le agrada que le ayudemos, y q considera que ha aprendido aceca de su problema por tal razón desea evitar otro embarazo.</p> <p>Inés se sintió tranquila al saber que su hijo nacio bién</p>

**NECESIDAD:** Ejercicio y Recreación  
**Dx. DE ENFERMERIA:**

Sedentarismo por descobnocimiento de de los beneficios que para la salud tiene

**OBJETIVO:**

- Recomendar ei inicio de actividades al aire libre
- Disminuir problemas de estreñimiento con la actividad física.
- Orientar sobre técnicas de relajación que permitan el descanso a través del sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Ayudar a modificar poco a poco su estilo de vida con orientación e informacion de programas recreativos.</p> <p>Enseñar sobre las actividades propias para contar con periodos de reposo.</p> <p>Recomendar que acuda a centros deportivos, parques, bosques donde inicie un plan de ejercicio que sea de su agrado.</p> <p>Técnicas simples de relajación:</p> <p>*Momentos de tranquilidad antes de ir acostarse como leer o ver televisión.</p>	<p>El conciliar un sueño mínimo de 8 horas favorece el funcionamiento mental, y disminuye la angustia y ansiedad.</p> <p>La técnicas para recreación y de actividades físicas producen endorfinas las cuales contribuyen a un mejor estado de a ánimo.</p>	<p>La Sra Inés comprende la importancia de realizar otras actividades recreativas que favorecen a su salud.</p> <p>Se crea una concientización de integrar a su vida cotidiana elejercicio por minimo que este sea.</p> <p>Se logro que Inés tome conciencia de cambiar su estilo de vida, Pero explica es difícil en su caso ya que si no trabaja no tiene ingresos.</p>

## 9. PLAN DE ALTA.

Plan de alimentación recomendado.

La dieta debe ser individualizada para cada persona diabética de acuerdo con su edad , peso y talla, una recomendación general es la moderación del consumo de alimentos de origen animal por su alto contenido de grasa saturadas y colesterol y de alimentos altos en azúcares, sal y grasa; es recomendable el consumo de verduras, frutas y leguminosas, las cuales son fuentes importantes de nutrientes y de fibra.

- ¶ Involucrar a la pareja e hijos en el autocuidado.
- ¶ Ayuda personalizada para proporcionar un ambiente de seguridad y confianza con el propósito de disminuir la angustia y ansiedad que pudiera experimentar la usuaria
- ¶ Se recomienda un profesional de la nutrición para que le establezca un plan de alimentación adecuado.
- ¶ Enseñar a planificar los cambios de conductas y estilos de vida necesarios para eliminar o modificar los factores causales.
- ¶ Recomienda ejercicio físico. La persona diabética debe saber que el ejercicio físico habitual protege contra las complicaciones de la diabetes.
- ¶ En principio, las sesiones deben durar de 10 a 15 minutos, con aumento gradual en su intensidad y duración adaptando a la condición física y a la respuesta cardiovascular de la usuaria.
- ¶ Es muy importante que, previo al inicio de un plan de ejercicio físico la persona reciba las instrucciones pertinentes a fin de evitar un súbito descenso de la glucemia.
- ¶ Es recomendable que las sesiones de ejercicio se realicen en compañía de un familiar y estos ejercicios son:
  - ¶ Baile
  - ¶ Bicicleta
  - ¶ Caminata
  - ¶ Gimnasia.
  - ¶ Nutrición

- ¶ La caminata puede resultar ampliamente recomendable siempre y cuando los pies no

muestren señales de lesión o de bajo riego sanguíneo.

- ¶ El ejercicio ofrece diversas ventajas a las personas diabéticas; entre ellas podemos mencionar.
- ¶ Disminuye el estrés y aumenta la energía ( se producen endorfinas).
- ¶ Mejora el funcionamiento del sistema cardiovascular estimulando la circulación sanguínea y controla los niveles de presión arterial.
- ¶ Mejora la sensibilidad de la insulina.

### **Cuidado de los pies**

- ¶ Revisar diariamente los pies en busca de enrojecimiento, heridas o lesiones; cambios de coloración de los dedos, callosidades, uñas enterradas y deformaciones.
- ¶ Revisar diariamente los zapatos, en busca de objetos extraños, puntos salientes, duros o asperezas que pudieran lesionar la piel.
- ¶ Aseo diario de los pies utilizando jabón neutro; secar con toalla suave, especialmente los espacios interdigitales.
- ¶ Evitar la humedad. Lubricar con crema inerte o aceite de almendras dulces dando un masaje de talón a los dedos.
- ¶ Cortar las uñas en línea recta, cuidando de no rebasar el borde del dedo para evitar que la uña se entierre.
- ¶ Limpiar uña por uña para evitar humeado y alisarlas con una lima.
- ¶ No caminar sin zapatos ni siquiera dentro de casa.
- ¶ No usar bolsas de agua caliente ni cojines eléctricos para calentar los pies.

## **Estar alerta a los signos de alarma**

- ¶ Pies fríos.
- ¶ Dolor en reposo
- ¶ Pulsos ausentes
- ¶ Palidez a la elevación.
- ¶ Piel adelgazada.
- ¶ Atrofia de grasa subcutánea.
- ¶ Uñas quebradizas.
- ¶ Sensación de hormigueo.

El objetivo principal en la atención de una persona diabética es mantener sus niveles de glucemia estable y dentro de límites normales. Entre las principales consecuencias de largo plazo, producto de la elevación de los niveles de glucosa en sangre se encuentra un deterioro gradual, pero sostenido, del sistema circulatorio y de las fibras nerviosas periféricas; esta situación afecta de manera directa diversos órganos, pero el daño se expresa particularmente en los pies, los riñones y la retina.

## **Con la usuaria**

Los resultados obtenidos de la aplicación de este proceso de Atención de Enfermería, con Inés fueron satisfactorios, logrando establecer una buena relación de empatía enfermera-usuaria y cumplir los objetivos establecidos.

Se logro obtener la confianza y desarrollar en la paciente la inquietud por conocer mas sobre su padecimiento, potenciar su fuerza y voluntad en la búsqueda de su independencia.

### **En la aplicación de la teoría y desarrollo del proceso:**

La elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, me permitió desarrollar habilidades, para su aplicación ya que en mi trabajo difícilmente logra uno identificar los aspectos del mismo siendo el objetivo su aplicación en el trabajo diaria.

Me permitió a través de la interacción enfermera-usuaria, que la aplicación del proceso si es posible, y que esta relacionado con nuestras actividades diaria.

Respecto a la Teoría de Virginia Henderson, me pareció adecuada y completa para la aplicación en la práctica diaria, ya que permite valorar a la persona como un todo, un universo, identificar su entorno y lo principal es muy puntual para la identificación de sus necesidades y el logro de su independencia.

Finalmente comentar que aunque la profesionalización de Enfermería es una realidad palpable, aun se encuentran muchas limitantes para la aplicación de la teoría en el diario quehacer de la enfermera, teniendo como principales obstáculos, la negativa y poca credibilidad del mismo personal, hasta la imposibilidad por falta de recursos materiales y humano.

### **De manera personal:**

En realidad me dejo la inquietud por seguir aprendiendo más acerca de la aplicación de las diferentes teorías según sea el caso para llevarlo a la práctica.

La capacidad de entender su aplicación, identificar sus etapas y aplicarlas simultáneamente a mis actividades profesionales se me dificulto mucho pero después de hacer una análisis logre identificarlas pero no las ordenaba, ya que en su mayoría desarrolle el pensamiento crítico

- Me permitió valorar como profesional a mis compañeras y compañeros, reconocer la razón de ser de nuestra profesión, que solo es posible con un cambio en nuestra manera de pensar y la apertura al conocimiento.

Me dejo la motivación para transmitir este conocimiento a mis compañeros de trabajo, tratando de sembrar una inquietud en ellos para también conocer más y trabajar en las diferentes teorías de Enfermería.

- **Recomendaciones en cuanto a la alimentación para personas diabéticas.**

- Toda sobrealimentación es perjudicial. Son nocivas las preocupaciones, la escasez de movimiento o una actividad corporal extenuante. Cualquier régimen dietético para la diabetes debe ser prescrito por el médico.

- En la alimentación, es muy peligrosa la presencia de productos a base de hidratos de carbono (azúcares y sustancias farináceas). En lugar del azúcar pueden emplearse edulcorantes sintéticos (sacarina).

- Un defecto en el aporte calórico es preferible a un exceso, especialmente si el diabético es obeso.

- **Cosas prohibidas**

- El azúcar, pasteles, golosinas, comidas dulces, miel, jaleas, mermeladas, patatas, harina, vino dulce ni licores. Se recomienda la sal especial de régimen en lugar de la sal común.

- Sólo están permitidas las cantidades de hidratos de carbono determinadas por el médico. En la comida deben evitarse las salsas, la harina y las sustancias grasas.

- Son muy beneficiosas las sustancias alimenticias con rico poder vitamínico (B1 y C).

- En lugar de grasa animal se recomienda aceite vegetal (aceite de oliva) para cocinar – dieta mediterránea .

## **11. ANEXO**

### **11.1 Lactancia materna**

#### **11.2 Beneficios para el recién nacido.**

- Se protege contra enfermedades, principalmente la diarrea. Recibe una nutrición que lo previene de la desnutrición y la obesidad.

- Siente confianza y seguridad
- No le provoca alergias
- Se expone menos a enfermedades, sobre todo a problemas dentales como los niños que usan el biberón o chupón. .
- No necesita otros líquidos aún en climas calurosos.
- No requiere otros alimentos durante los 6 primeros meses de Vida.

### **11.3 Beneficios para la Madre**

- Ayuda a recuperar más rápido su peso.
- Evita hemorragias después del parto.
- Mientras lo amamanta, descansa y disfruta más a su bebé.
- Ahorra más dinero.
- Disminuye el Riesgo de Cáncer Mamario.
- No pierde tiempo porque la leche materna tiene la temperatura adecuada.
- Dispone de mayor tiempo para su arreglo personal y otras actividades para su salud.

Nota. Se hace una recomendación a la Señora Inés para evitar nuevos embarazos ya que actualmente tiene ya 7 hijos , es conveniente para su salud y su familia utilizar un método definitivo habiéndose informado de estos métodos se canaliza al centro de salud para su recomendación ya que no autorizo la OTV.



## 11.4 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_ Ocupación:  
Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_

### VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

#### NECESIDADES BASICAS

##### 1. OXIGENACION

###### Subjetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? \_\_\_\_\_

¿ Fumaba usted antes de su embarazo ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí ¿ Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 \_\_\_\_\_ 6 a 10 \_\_\_\_\_ 11 a 20 \_\_\_\_\_ + de 20 \_\_\_\_\_

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ A tenido dificultades respiratorias o molestias ?

Siempre \_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_

Nunca \_\_\_\_\_

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál ? \_\_\_\_\_

57

###### Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. \_\_\_\_\_ Frec: Cardiaca \_\_\_\_\_ T.A. \_\_\_\_\_

Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: \_\_\_\_\_

Circulación de retorno venoso: \_\_\_\_\_

## 2. NUTRICION E HIDRATAACION

### Subjetivo:

Nº de comidas diarias: \_\_\_\_\_

¿ Come a horas regulares ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la reapeuta es Si precise: \_\_\_\_\_

¿ Sigue usted una dieta especial ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ De que tipo ? \_\_\_\_\_

¿ Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? \_\_\_\_\_

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución ? \_\_\_\_\_

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? \_\_\_\_\_

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

Cerveza \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿ Con que frecuencia ? \_\_\_\_\_

¿ Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia ? \_\_\_\_\_

¿ Qué cantidad de líquidos ? \_\_\_\_\_

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carne					
Pescado					
Huevo					
Fruta					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

**Objetivo:**

¿ Turgencia de la piel ? \_\_\_\_\_

Membranas mucosas: Hidratadas \_\_\_\_\_ Secas \_\_\_\_\_

Características de:

Uñas: \_\_\_\_\_

Cabello: \_\_\_\_\_

Funcionamiento muscular y esquelético: \_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes: \_\_\_\_\_

Aspecto de encías: \_\_\_\_\_

Heridas: Tipo \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_

### 3. ELIMINACION

**Subjetivo:**

Hábitos intestinales: Evacuación normal \_\_\_\_\_ Estreñimiento \_\_\_\_\_

Diarrea frecuente: \_\_\_\_\_

¿ Toma usted algún laxante ?                      SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál ? \_\_\_\_\_

Orina:            Normal \_\_\_\_\_ Con dolor \_\_\_\_\_

Menstruación    frecuencia \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

Historia de hemorragias: \_\_\_\_\_

¿ El estrés le ocasiona diarrea ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Se siente molesta a causa de una sudoración abundante ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Por secreciones vaginales ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Conoce usted las características del sangrado en el puerperio ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Abdomen: características: \_\_\_\_\_

Involución Uterina: \_\_\_\_\_ Altura del fondo uterino: \_\_\_\_\_

Ruidos Intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación globo vesical: \_\_\_\_\_

Genitales: \_\_\_\_\_

#### 4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

##### Subjetivo:

¿ Qué deporte o actividad física práctica ?

Correr \_\_\_\_\_ Aeróbicos \_\_\_\_\_ Bicicleta \_\_\_\_\_

Actividad en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Práctica ejercicio prenatales ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

##### Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_ Ayuda para deambular: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

#### 5. DESCANSO Y SUEÑO

##### Subjetivo

¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de descanso: \_\_\_\_\_

¿ Padece insomnio ? \_\_\_\_\_

¿ A que considera que se debe ? \_\_\_\_\_

¿ Siente cansancio al levantarse ? \_\_\_\_\_

¿ En que forma se manifiesta ? \_\_\_\_\_

¿ Utiliza técnicas de relajación ? \_\_\_\_\_

¿ Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto ?

¿ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿ En que actividades le ayudará? \_\_\_\_\_

¿ Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé ? \_\_\_\_\_

### **Objetivo**

Estado:                    Ansiedad \_\_\_\_\_                    Estrés \_\_\_\_\_

Lenguaje:    Claro \_\_\_\_\_    Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

## **6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

### **Subjetivo**

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir ? \_

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? \_\_\_\_\_

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? \_\_\_\_\_

El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: \_\_\_\_\_

Calcetas \_\_\_\_\_ Abrigo \_\_\_\_\_

¿ Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir ?

**Objetivo**

¿ Viste de acuerdo a su edad ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_

**7. TERMORREGULACION**

**Subjetivo:**

¿ La casa que habita es: Fría \_\_\_\_\_ Caliente \_\_\_\_\_

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Cómo se la toma ? Bucal \_\_\_\_\_ Axilar \_\_\_\_\_

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Temperatura corporal: \_\_\_\_\_

Características de la piel: \_\_\_\_\_ Transpiración: \_\_\_\_\_

# 1. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

## Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: \_\_\_\_\_ Cada 3er día: \_\_\_\_\_

Cada 8 días: \_\_\_\_\_ Esporádico: \_\_\_\_\_

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: \_\_\_\_\_ Por la noche: \_\_\_\_\_

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: \_\_\_\_\_ Dos veces al día: \_\_\_\_\_

Tres veces al día: \_\_\_\_\_ Esporádico: \_\_\_\_\_

Prótesis dentales: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Parcial \_\_\_\_\_ Completa \_\_\_\_\_

¿ Fecha de la última visita al dentista ? \_\_\_\_\_

Aseo de manos:

Antes y después de comer \_\_\_\_\_

Después de ir al baño \_\_\_\_\_

¿ Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: \_\_\_\_\_

¿ Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? \_\_\_\_\_

## Objetivo:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

Alitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Presencia lesiones dérmicas: \_\_\_\_\_

Cambios tegumentarios propios del embarazo: \_\_\_\_\_

## 2. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

### Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION

¿ Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A otras sustancias \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

¿ Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿ Llevo control prenatal ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuántas consultas? \_\_\_\_\_

¿Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Sabe por que es importante que la revisen ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Y en su pareja ? \_\_\_\_\_

¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida ?

Tranquila \_\_\_\_\_ Se estresa \_\_\_\_\_ Le da sueño \_\_\_\_\_

Come mucho \_\_\_\_\_ Ríe sin control \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_

¿ Busca una solución inmediata ? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

¿ Deformidades congénitas ? \_\_\_\_\_

¿ Condiciones del ambiente en el hogar ? \_\_\_\_\_

¿ Condiciones de su ambiente laboral ? \_\_\_\_\_

**3. NECESIDADES DE COMUNICARSE**

**Subjetivo:**

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación \_\_\_\_\_

Vive con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones actuales: \_\_\_\_\_

Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_

¿ Desde cuando vive en su actual domicilio ? \_\_\_\_\_

¿ Existen buenas relaciones en su localidad ? \_\_\_\_\_

¿ Tiene amigas o familiares en quién confíe ? \_\_\_\_\_

¿ Cuánto tiempo pasa sola ? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Habla claro: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Ve usted bien ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Lleva usted lentes de contacto ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Escucha bien ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿ Utiliza aparato auditivo ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### 4. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

##### Subjetivo:

Tipo de religión: \_\_\_\_\_

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: \_\_\_\_\_

Principales valores en su familia \_\_\_\_\_

Principales valores en su persona: \_\_\_\_\_

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? \_\_\_\_\_

##### Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): \_\_\_\_\_

¿ Permite el contacto físico ? \_\_\_\_\_

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ?

#### 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

##### Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Riesgos: \_\_\_\_\_

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ? \_\_\_\_\_

¿ Esta satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿ Por qué? \_\_\_\_\_

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico:

\_\_\_\_\_

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

**13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

**Subjetivo:**

Actividades que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? \_\_\_\_\_

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? \_\_\_\_\_

¿ De que tipo? \_\_\_\_\_

¿ Forma parte de alguna sociedad: Deportiva \_\_\_\_\_ Cultural \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Integridad neuromuscular: \_\_\_\_\_

¿ Rechaza las actividades recreativas? \_\_\_\_\_

Su estado de ánimo es: Apático \_\_\_\_\_ Aburrido \_\_\_\_\_ Participativo \_\_\_\_\_

**14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

**Subjetivo:**

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias para leer y/o escribir: \_\_\_\_\_

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? \_\_\_\_\_

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? \_\_\_\_\_

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? \_\_\_\_\_

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

### **Objetivo:**

Estado del sistema nervioso central: \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## **12 .BIBLIOGRAFÍA**

- Durán de Villalobos Ma. Mercedes, “ Ciencia de Enfermería” En: Antología de Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería. ENEO-UNAM. 2007, PP 128

- Garcia M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso, S.A de C.V. 2da edición. México D.F. 2004
- Gispert C ( Dir). Diccionario de Medicina. Edit. Océano Mosby. Barcelona, España. 3ªEd.
- Lowdermilk D.L, Perry S E, Bobak I M Enfermería Materno Infantil. Vol 1. Edit. Harcourt/ Océano. Barcelona España. 6ª Ed.
- Ponton G (Dir). Diccionario Enciclopédico. Edit. Grijalbo. Barcelona. 1995
- Williams Obstetricia. 2ª Ed. Argentina: Editorial Medica Panamericana. 2001, pag 241-299
- Dr. Martín Lazo de la Vega. Obstetricia para la enfermera profesional Editorial el Manual Moderno, S.A DE C.V. 2002 pp 267-289
- Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2007 -2008. NANDA INTERNACIONAL revisión Ma Teresa Luis Rodriogo. Ed en español. Elsevier España GÉNOVA, 294.pp 3-223.
- Bertha Alicia Rodriguez Sánchez Proceso enfermero , aplicación actual edición Cuellar edit. oo167 pp 23-90
- Alfaro Rosalinda. aplicación del proceso de atención de enfermería, hedió 2ª ED. mosby México, 1995.pp. 4,5,36,80,124,164,190
- Reeder Martín Koniak. (1995): Enfermería Materno Infantil. ( 17ª edición). México mcgraw- Hill.