



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE EMBARAZADA CON
TOXOPLASMOSIS, MAS CESAREA BASADO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON”**

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

PRESENTA:

SANIA BARRAGAN CORTES

No DE CUENTA: 407116768

DIRECTORA ACADEMICA:

LIC. MARGARITA GONZALEZ VAZQUEZ

MEXICO, D.F.



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.

INDICE

	Pág.
1. Introducción-----	1
2. Justificación -----	3
3. Objetivo General-----	5
4. Objetivos Especificos-----	6
5. Metodología-----	7
6. Proceso de Atención de Enfermería -----	10
6.1 Características del Proceso Enfermero -----	10
6.2 Etapas del Proceso de enfermería -----	14
6.2.1 Valoración -----	14
6.2.2 Diagnostico de enfermería -----	15
6.2.3 Planificación -----	16
6.2.4 Ejecución -----	17
6.2.5 Evaluación -----	18
6.3 Modelo de Virginia Henderson -----	19
6.4 Supuestos principales -----	22
6.4.1 Persona -----	22
6.4.2 Entorno -----	22
6.4.3 Salud -----	23
6.4.4 Enfermería -----	23
6.5 Necesidades del ser Humano -----	23
7.- Aplicación del Modelo de Virginia Henderson -----	25
7.1 Ficha de identificación -----	25
7.2 Presentación del caso -----	26
7.3 Exploración física -----	29

7.4 Valoración de enfermería -----	30
8.- Valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson-----	36
9.- Jerarquización de los diagnósticos -----	37
10.- Diagnósticos de la NANDA -----	38
11.- Plan de alta -----	56
12.- Conclusiones -----	58
13.- Recomendaciones -----	61
14.- Bibliografía -----	62
15.- Anexos -----	63
Anexo I Fisiopatología de toxoplasmosis-----	64
Anexo II Instrumento de valoración de Virginia Henderson	86
Anexo III Glosario de términos -----	91

1.- INTRODUCCION

El proceso de Atención de Enfermería es una herramienta metodológica para la prestación de cuidados centrada en cada individuo que asegure sistematización, continuidad, así como individualización de los cuidados.

El presente Proceso de Atención de enfermería sustentará el examen profesional de Titulación a la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

En el primer apartado del trabajo, se justifica, la importancia de este Proceso de Atención de Enfermería, posteriormente se expresa el objetivo general y se enumeran los objetivos específicos

En la Metodología se explican cada una de las etapas que se siguieron para llevarlo a cabo.

En el marco conceptual se incluye una reseña histórica en la que se describen los antecedentes que tiene la enfermería así como la descripción del Modelo de Virginia Henderson, que contiene: conceptos y definiciones y sus principales supuestos de enfermería.

Posteriormente se describen de manera sucinta cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, las cuales deben ser debidamente complementadas para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación. Así mismo se puntualizan temas fundamentales sobre el embarazo

En la siguiente sección se enumeran las leyes en las cuales se sustentan jurídicamente las intervenciones de enfermería relacionadas con la salud reproductiva

Partiendo de lo anterior se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería en cada una de sus etapas iniciando con la valoración de la embarazada, para lo cual se utilizó la guía de valoración de Enfermería en el Embarazo de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson. (Anexo II)

Posteriormente se formularon los diagnósticos de enfermería y en base a estos se realizó la planificación de cuidados de enfermería, los cuales luego de ponerse en práctica se evaluaron los resultados obtenidos y se toman alternativas para continuar, mejorar o concluir dicho proceso

Por último se llevan a cabo las conclusiones y se plantean las sugerencias, una sección de anexos en los que se abordan aspectos relacionados con las alteraciones de toxoplasmosis, se incluyen también el glosario, la bibliografía consultada y el instrumento utilizado para la valoración de las 14 necesidades básicas (Anexos I,II,III)

2.- JUSTIFICACION

Uno de los múltiples factores que influye de manera negativa en el resultado del embarazo, es la falta de conocimientos de la embarazada sobre los cambios fisiológicos, desarrollo del feto, signos y síntomas de alarma, necesidades nutricionales, etc. Tener un conocimiento detallado de todo ello, apoya a la culminación de un embarazo en optimas condiciones y la obtención de un recién nacido sano. De ahí la importancia de identificar el nivel de conocimientos que tiene la embarazada, para poder llevar a cabo la programación de temas que ella desconoce, se debe procurar la enseñanza tanto a la embarazada como a su pareja y a la familia. Es muy importante también desarrollar en conjunto con la mujer, un plan de cuidados individualizado basado en los diagnósticos formulados.

La mujer embarazada debe comprender lo que significa una ganancia adecuada de peso durante la gestación y reconocer las razones de su importancia ya que ello favorecerá el desarrollo y el crecimiento normales del feto y el depósito de reservas maternas que aseguren una lactancia exitosa. Así mismo es importante tomar en cuenta que los cambios fisiológicos que suceden durante el embarazo influyen también la necesidad de nutrientes y la eficiencia con la cual el organismo hace uso de ellos

El Proceso de Atención de enfermería además de ser una opción de Titulación para el alumno me permitió profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos de este, en una situación concreta que permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas

de salud a través de una atención metódica y crítica, así como atención planeada e individualizada en base a las necesidades de cada individuo, familia y comunidad, por lo que debería ser hoy en día una de las principales herramientas del Profesional de Enfermería

La elaboración del Proceso Enfermero se realizó porque era necesario diseñar un plan de cuidados de enfermería para la satisfacción de las necesidades básicas de la Sra. Camelia R.A. la cual fue valorada y se encontraron algunas afectadas.

Por lo anterior considero que es muy importante el desarrollo del Proceso de Atención de enfermería como instrumento de titulación ya que es nuestro método de trabajo, proporcionando así cuidados integrales a la persona en todas las etapas de la vida, a la familia y a la comunidad a través de la promoción de la salud, prevención cuidados y rehabilitación

3.- OBJETIVO GENERAL

- Elaborar y dar a conocer el Proceso de Atención de Enfermería en una mujer con más Toxoplasmosis, mas cesárea, con el modelo de Virginia Henderson. Y el rol que cumple el licenciado de enfermería y obstetricia
- Aplicar Un Proceso de Atención de enfermería a una persona embarazada de 38 SDG mas toxoplasmosis , mas cesárea

➡ 4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la promoción a la salud y bienestar en la persona para prevenir enfermedades propias de su edad.
- Identificar las necesidades de la persona a través de los diagnósticos de enfermería para tener un panorama del estado de salud y planificar los cuidados jerarquizando los diagnósticos
- Realizar un plan de cuidados de enfermería que responda satisfactoriamente a las necesidades de la persona
- Proporcionar intervenciones y cuidado integral a la persona mejorando la calidad y calidez en la atención de enfermería.
- Elaborar el plan de alta

5.- METODOLOGÍA

Para la construcción del presente proceso se hizo, en primera instancia, una recapitulación del quehacer de la enfermería desde una perspectiva histórica de los cuidados enfermeros como el origen de la práctica, analizando los momentos en los que la profesión se vio inmersa en una casi total inactividad y en los que se vislumbraron los repuntes hacia su profesionalización

Posteriormente se analizaron los elementos de los modelos como la base científica para el surgimiento disciplinar, de donde partieron las Teorías de Enfermería. En este sentido, se tomo como base y guía el Modelo de Virginia Henderson, el cual define los postulados y valores que sustenten el rol de la enfermera y permite concebir el ser humano como un ente biopsicosocial y espiritual con catorce necesidades básicas, universalmente reconocidas, y en las que en condiciones optimas es perfectamente independiente.

Se selecciono el caso de Una Mujer Embarazada de 38 SDG mas Toxoplasmosis más Cesárea a la cual se le aplico el proceso de Atención de Enfermería. Durante la etapa de Valoración se reunió la información, obteniendo los datos relevantes, estos se examinaron para definir el estado de salud del individuo, describiendo sus capacidades, problemas y recursos.

Para obtener esta información se empleo un instrumento metodológico tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson con el cual se realizo la valoración clínica (ANEXOII).

Una vez reunidos y organizados los datos se registraron dando paso a la siguiente etapa, el diagnóstico. En esta etapa se determinaron los recursos, capacidades y problemas de salud, reales y/o potenciales se determinó también el rol con el cual participa el Profesional de Enfermería, es decir si serán resueltos con la intervención de Enfermería o requiere de otros profesionales de salud para la resolución de problemas

Para realizar las formulaciones diagnósticas se consultó la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) con la finalidad de unificar criterios en cuanto a su estructuración.

La planificación es la siguiente etapa, en la cual se desarrolló el plan de cuidados que fue basado en los problemas identificados y los recursos disponibles hacen de esta etapa un proceso dinámico ya que el profesional de Enfermería puede efectuar cambios constantes.

Para su organización se fijaron prioridades (Jerarquización de diagnósticos) de los problemas identificados considerando principios básicos a fin de actuar sistemáticamente, es aquí donde entra el pensamiento crítico y reflexivo del profesional de enfermería.

Durante la planificación se determinaron las intervenciones de enfermería (Clasificación de Intervenciones NIC) enfocados a controlar el estado de salud, prevenir o resolver un problema, ayudar a las actividades cotidianas y lograr salud e independencia en la satisfacción de las necesidades.

La etapa siguiente es la ejecución, es decir, la puesta en práctica del plan, para lo cual es necesario prepararse para la actuación, revisar el plan analizando la razón de la intervención y los conocimientos disponibles para realizar las acciones de

enfermería observando respuestas, se anotaron las valoraciones, intervenciones y respuestas.

En la última etapa se realizó la evaluación del plan de cuidados analizando el logro de los resultados esperados, se identificaron las variables que afectan el logro de los objetivos, se continuó, modificó y finalizó con las actividades del plan de cuidados

La aplicación del Proceso se realizó en el Centro de Salud de Tepoztlán Morelos particularmente en la Consulta Externa durante su Control Prenatal.

6.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados de forma eficiente, centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Windenbach (1963), quienes consideraron un modelo de 3 etapas: valoración, planeación y ejecución; Yura y Wals (1967), establecieron 4 etapas: valoración, planeación, realización y evaluación; a mediados de los años 70, Blach (1974), Roy, Mendingar y Jurón (1975), y Espinal (1976), establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, teniendo carácter metodológico, consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

6.1.- Características del Proceso Enfermero:

Método:

Porque son una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Sistemático:

Está conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Humanista:

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) y es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

Intencionado:

Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Dinámico:

Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible:

Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería

Interactivo:

Por requerir de la interrelación Humano-Humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes¹.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, es el método conocido como proceso Atención de Enfermería que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, realizando acciones, que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica ya que el Proceso Enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana², dichas acciones para lograr objetivos son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o a lograr una muerte tranquila.
- Identificar necesidades reales o potenciales de la persona, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Pensar en la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil, la habilidad normal de una persona para cuidar de sí misma (auto cuidado) puede verse disminuida por la enfermedad, su tratamiento o por la edad, estando también implicado el funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, cubrir las necesidades puede

¹Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, *Proceso Enfermero*, P. 29

² Ibidem, P. 31

implicar el uso de conocimientos científicos complejos, aplicaciones tecnológicas y habilidad en las relaciones humanas, ninguna situación de enfermería es sencilla como parece y no siempre es fácil una toma de decisiones inteligente y una ejecución planificada, de tal forma que el Proceso Atención de Enfermería nos proporciona las siguientes ventajas:

Ventajas para la enfermera:

- Produce satisfacción en el trabajo.
- Promueve el crecimiento profesional.
- Mejora la calidad de atención.
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la práctica.
- Puede servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación³.

Ventajas para la persona:

- Mejora en la calidad de atención.
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería.
- Continuidad en su atención

³ Cárdenas Jiménez Margarita. (Seminario-Taller) *El Proceso Atención de Enfermería*. ENEO_pp. 68.

6.2 Etapas del Proceso de Enfermería

6.2.1 Valoración:

Es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta⁴; son la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores, parte de la identificación del problema para crear una imagen clara del estado de salud de la persona. En esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas⁵.

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

⁴ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia,. *Op cit.*, P. 32.

⁵ Fernández Ferrin Carmen, Novel Gloria, Fernández Ferrín, Carmen, et, al. *El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería*, Edit. Masson-Salvat Barcelona, 1995 P. 9.

- Recolección de los datos. Reunir información sobre la persona.
- Validación de los datos: Asegurarse de contar con los hechos reales y confiables.
- Organización de los datos: Organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad.
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar en el tratamiento.

Modelos para la recolección de datos

Los siguientes modelos de enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Patrones de salud funcional de Gordon
- Modelo de adaptación de Roy
- Modelos de sistemas corporales
- Jerarquía de necesidades de Maslow

6.2.2 Diagnóstico de Enfermería.

Es la segunda fase del Proceso Atención de Enfermería, en donde después de haber recopilado y examinado los datos y se han detectado problemas de salud o enfermedad, llevando a cabo un razonamiento diagnóstico para realizar un juicio o

conclusión acerca de los problemas identificados, que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

Fase de diagnóstico

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencia. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería de la persona.

Jerarquización de los diagnóstico:

Jerarquía de las necesidades, utilizada para priorizar los problemas de salud encontrados en la persona.

6.2.3 Planificación:

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, la planificación es el momento en el cual se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas y se determinan los cuidados de enfermería en una forma organizada, individualizada y orientada al cumplimiento de los objetivos planeados, tomando en cuenta que una vez priorizados los problemas a tratar, debemos definir los objetivos encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, que van a servir

para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y así mismo medir la eficacia de las actuaciones, lo que implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recolección de datos.
- Planteamiento de los objetivos.
- Establecer actividades de enfermería y dar prioridades en los cuidados.
- Documentación y registro del plan de cuidados.

6.2.4 Ejecución:

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es el momento en que se pone en práctica el plan de acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan de cuidados, siendo sus intervenciones específicas y van dirigidas a ayudar a la persona al logro de objetivos y dirigidas a la resolución de problemas y necesidades de la persona; así mismo debe involucrar a la persona, familia, así como a otros miembros del equipo en dichos cuidados, realizando las siguientes actividades⁶:

- Continuar con la recolección y valoración de los datos.
- Confirmación diagnóstica.
- Realizar las actividades de Enfermería Planeadas.
- Realizar anotaciones pertinentes de los cuidados de enfermería.
- Mantener informado a la persona en forma verbal.
- Mantener el plan de cuidados debidamente actualizados.

⁶ Cárdenas Jiménez Margarita Op.cit, pp. 91.

6.2.5 Evaluación:

Es un proceso que se requiere para realizar una comparación de las respuestas de la persona, para determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las 4 etapas anteriores, lo que posibilita realizar modificaciones necesarias.

Según Henderson, nos ayuda a determinar los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de independencia en los cuidados, ya que nuestra meta es ayudar lo mas rápido posible al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades⁷.

Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios de los cuales los más importantes son la eficacia y la efectividad de las actuaciones y consta de 2 partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema o diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.

⁷ Fernández Ferrín Carmen, Novel Gloria, Op cit. P. 10

6.3 MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON



Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana, nació en el año de 1897, en Kansas Missouri, desarrollo su interés por enfermería durante la Primera Guerra Mundial.

En los años 60s se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer “*Tratado de Enfermería Teórico y Práctico*”. El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la enfermería humanista, porque considera a la profesión como un arte y una ciencia. Henderson Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad propia. A partir de la revisión bibliográfica

existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones, ya que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.⁸

Su definición de Enfermería apareció por primera vez en 1995 en la 5ta. Edición del libro *Text Book of the Principles and Practice of Nursing*, de Horner y Henderson, donde afirma lo siguiente.

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que sin ayuda, si tuvieran la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápido posible

Según Virginia Henderson, la persona es un todo complejo formado por 14 necesidades básicas que son las siguientes;

⁸ Fernández Ferrín, Carmen, Op.cit. pp. 82.

Los elementos más importantes de la teoría

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

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª se relacionan con la seguridad, la 10ª se relaciona con la propia estima, la 11ª se relaciona con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª están relacionadas con la auto-actualización

Función de la enfermera:

- **Sustituta** (compensa lo que le falta a la persona)
- **Ayudante** (establece las intervenciones clínicas)
- **Compañera** (fomenta una relación terapéutica con la persona y actúa como un miembro del equipo de salud)

6.4 Supuestos principales

Virginia Henderson afirma que la enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario y a su vez, actúa independientemente del médico pero apoya su plan si hay algún médico de servicio.⁹

6.4.1 Persona

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad biopsicosocial por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad y conocimientos para lograr una vida sana.

6.4.2 Entorno

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

La salud puede verse afectada por factores

- **Físicos:** aire, temperatura, sol, etc.
- **Personales:** Edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

⁹ *Manual de Enfermería* CTO 4ta edición blanco y negro tomo I – Mc Graw-Hill-Interamericana. Pp. 168-169.

6.4.3 Salud

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

Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, y reposo, ropa apropiada, temperatura).

Dos con la seguridad (higiene corporal, y peligros ambientales).

Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).

Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

6.5.4 Enfermería

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

6.5 Necesidades del ser humano

Respirar normalmente

Comer y beber adecuadamente.

Eliminar los desechos corporales.

Moverse y mantener posturas deseables.

Dormir y descansar.

Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal, ajustando la ropa y modificando el entorno.

Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.

Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros.

Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.

Rendir culto según la propia fe.

Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.

Jugar o participar en diversas formas de ocio.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva el desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.¹⁰

De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson, los cuidados básicos son aquellos que llevan las Enfermeras, en cumplimiento de su función propia.

¹⁰ Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligoo, *Modelos y teorías en Enfermería*, sexta edición Pp. 54 y 55.

7.- APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

7.1 - FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Camelia R. A de 26 años de edad. SEXO: Femenino

DOMICILIO: Calle Allende s/n, Tepoztlan Morelos. RELIGION: Católica.

Vive con su esposo, suegra e hijo.

FECHA DE NACIMIENTO: 17- 04 – 83

ESTADO CIVIL: Casada

OCUPACION: Hogar

ESCOLARIDAD: Secundaria terminada

NIVEL SOCIOECONOMICO: Medio

FUENTE DE INFORMACION: Entrevista Directa

7.2.- Presentación del caso.

Multigesta de 26 años, con antecedente de un parto a término; segundo embarazo, menciona haber tenido un legrado por embarazo anembrionico en la semana 12. Actualmente cuenta con 38 SDG y hoy 15 de enero acude a consulta de control prenatal, con signos vitales estables, solo el peso que es valorado durante los nueve meses con una alteración de 21 Kg. Y su IMC. De 32.8 manifestó a la enfermera percibir movimientos fetales y sentir dolor y ardor al orinar (disuria, retención).

Con relación a la disuria, refiere que desde hace tres días (12 de enero), inicio con dolor al orinar (disuria), y a partir de entonces ha miccionado frecuentemente y en pequeñas cantidades (poliuria). La orina es turbia y muy “concentrada”.

El día de hoy (15 de enero), se ha sumado, dificultad y dolor al defecar, de color café formadas muy secas

También menciona que, cuando tenia 4 meses de gestación a la fecha presenta problemas para conciliar el sueño, con una siesta en la tarde de 1 o 2 horas y que aun después de descansar se sigue sintiendo cansada.

A la exploración física se encuentra lo siguiente, talla; 1.52 cms, T/A; 110/80, peso 76 Kg. Fc. 88x´ Fr. 21 x´, se encuentra consiente tranquila, Orientada en sus tres esferas cognitivas, con adecuada coloración de tegumentos, hidratada , mamas turgentes , pezón formado, no secretantes, con cambios propios de la gestación, con crecimiento abdominal a expensas de útero gestante con producto único vivo

de 38 SDG, se palpa FU 30 cms, FCF audible de 150 por minuto Ms Is sin alteraciones.

Antecedentes Heredo – Familiares (AHF)

Madre Hipertensa

Antecedentes Personales No Patológicos (APNP)

Hábitos.

Alimentación: Sus hábitos alimenticios son variados e ingiere muy poca cantidad de agua, por lo regular come carne eventual por semana, Huevos 6 – 7 veces por semana, leche 3 – 5 días, vegetales eventual, fruta eventual, Frijoles También.

Higiene: Baño 7 x 7 cambio de ropa; 7 x 7, cepillado dental 3 x 7, ingesta de agua ingiere muy poca cantidad de agua, (2 o 3 vasos de agua al día) tomando también refresco, y jugos enlatados 5 x 7

Tabaquismo: Negados

Ingesta de bebidas alcohólicas: Negados

Uso de drogas: Negados

Recreación y actividad física: Ver televisión, jugar con su hijo y le gusta ir a fiestas del pueblo para distraerse

Inmunización: Se aplicaron dos dosis de Toxoide Tetánico diftérico la primera dosis el 28 – 10 – 09 y la segunda dosis el 30 – 11 – 09.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Refiere menarca a los 12 años, ritmo de 30 x 5, inicio su VSA 21 años de edad, una sola pareja, controlándose anteriormente con preservativos antes de embarazarse, FUM 29/04/09 FPP 06/02/10 gesta 3, aborto 1,(legrado por embarazo anembrionico) parto 1, la gesta faltante, corresponde al embarazo actual.

7.3 EXPLORACION FISICA

Se observa con:

PIEL: Hidratadas, discreta palidez de tegumentos.

CABEZA: Se palpa moldeamiento cefálico, amplio cabello bien implantado

OJOS: Simétricos con respuesta pupilar normal al estímulo luminoso.

NARIZ: Narinas permeables, sin secreciones

BOCA Y FARINGE: Cavidad oral hidratada, paladar íntegro.

CUELLO: Simétrico, sin adenomegalias palpables.

TORAX: Simétrica, concentrada, campos pulmonares bien ventilados, con buena entrada y salida de aire.

ABDOMEN: Globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo de 38 semanas de gestación, FCF, 139x', se realizan maniobras de Leopold encontrando feto en posición dorso a la derecha

EXTREMIDADES: Simétricas, pulsos periféricos presentes de inmediato.

GENITALES: Femeninos, labios menores y mayores íntegros

NEUROLOGICO: Consiente, orientada.

COLUMNA VERTEBRAL: Íntegra, sin protuberancias, ni hundimientos sin datos de escoliosis

7.4 VALORACION DE ENFERMERIA

Datos dependencia e independencia obtenidos a través de de la entrevista directa y observación, según la guía de valoración (Anexo II)

7.4.1 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

NECESIDAD DE OXIGENACION:

Datos de independencia: Campos pulmonares bien ventilados, con frecuencia respiratoria de 22 por minuto regulares y rítmicas, no se perciben secreciones, frecuencia cardiaca de 88 por minuto, regulares y rítmicos sin presencia de ruidos extraños o soplos en el corazón, no fuma ni convive con personas que fumen

Datos de dependencia; Sin problema para caminar o correr. Sin ninguna patologia que comprometa el sistema respiratorio.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Datos de independencia : cuenta con dentadura completa, buena masticacion, buen apetito.

Datos de dependencia : Se encuentra con peso antes del embarazo de 57 Kgs. Con peso actual de 78 kgs. Talla de 1.52 cms, con IMC de 32.8, refiere llevar una buena alimentación con 3 comidas al dia, incluyendo todos los nutrientes, las cuales son variados e ingiere muy poca cantidad de agua, (2 o 3 vasos de agua al

día) tomando también refresco, y jugos enlatados de 4 a 5 días, por lo regular come carne eventual por semana, Huevos 6 – 7 veces por semana, leche 3 – 5 días, vegetales eventual, fruta eventual, y frijoles. ha estado presentando nauseas, lo cual su médico de su Centro de Salud le informa que son normales que son los síntomas propios del embarazo.

NECESIDAD DE ELIMINACION.

Datos de independencia: Evacuaciones cada 3er día, de color café formadas muy secas, orina de color amarillo concentrado con olor penetrante, sin sedimentos

Datos de dependencia: Refiere dificultad y dolor al defecar, dolor y ardor al miccionar describe control adecuado de esfínteres.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO.

Datos de independencia: Miembros superiores e inferiores completos, simétricos, no presenta lesiones o laceraciones, buena coloración, buen llenado capilar, dedos completos, con uñas sanas, recortadas, limpias, se observa buena flexión, rotación y fuerza.

Datos de dependencia: Sin problemas para caminar o correr

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos de dependencia: Duerme por la noche aproximadamente 8 horas, sin luz, tiene problemas para conciliar el sueño, con una siesta en la tarde de 1 o 2 horas y que aun después de descansar se siente cansada

Datos de independencia: Presenta cansancio y mucho sueño

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos de independencia: Su ropa es adecuada para su edad se cambia de ropa diariamente, interior como exterior, no le da mucha importancia a su aspecto ya que refiere que se siente cómoda con su ropa de elección, calza zapatos cómodos y tenis.

Datos de dependencia: cómoda, cambio diario

NECESIDADES DE TERMORREGULACION.

Datos de Independencia: Se encuentre con una temperatura corporal de 36.6 ° C

Datos de Dependencia: No refiere frio o calor

NECESIDAD DE HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL

Datos de Independencia: Se encuentra con un aspecto personal limpio y agradable, refiere bañarse todos los días de una hasta dos veces al día, según el

estado del medio ambiente, cepillado de dientes 3 veces al día después de cada alimento, se observan mucosas orales bien hidratadas, piel turgente y humectada, uñas cortas y limpias, cabello limpio y peinado, se realiza lavado de manos cada vez que sea necesario, hiperpigmentación de la aréola del pezón, así como línea morena en el abdomen y visualización de abundantes estrías en las mismas
cuidado de pies limpios y uñas cortas.

Datos de dependencia: Buen estado general de limpieza

NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

Datos de Independencia: No tiene problemas con los órganos de los sentidos, en su casa no existe algún problema que ponga en peligro o riesgo de accidente, no presenta patologías relacionadas con el estrés.

Datos de dependencia: No tiene suficiente información sobre su padecimiento por lo cual no se cuida por tal motivo no da prioridad a su salud y a consecuencia demuestra temor.

Convive con animales como gato 1, pollos 5, pato 1, conejos 2, perros 2.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos de independencia: No tiene problemas de lenguaje

Datos de dependencia: Refiere que no tiene problemas de audición, expresa sus necesidades temores y opiniones sin ningún problema

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Datos de independencia.- Es de religión católica la cual permite transfusiones sanguíneas y el uso de métodos de planificación familiar

Datos de dependencia: va a misa los domingos a las 18: 30 pm. Mantiene su fe en Dios, considera que satisface sus necesidades y acepta sus creencias, tiene principios bien simentados y valores humanos.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos de Independencia: Su nivel de escolaridad es la secundaria terminada, ocupación es de ama de casa y no realiza trabajos remunerados.

Datos de dependencia.- Refiere que aunque solo estudio hasta la secundaria y no trabaja por el momento se siente feliz porque se dedica atender a su esposo y a su hijo.

NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos de independencia: Ver televisión y jugar con su hijo

Datos de dependencia: Refiere que le gusta ir a fiestas del pueblo para distraerse y salir de la rutina

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos de independencia: Conoce algunos cambios fisiológicos del embarazo debido a que ya tuvo un embarazo previo, desconoce signos de alarma así como sobre la enfermedad de toxoplasmosis, cuidados durante el mismo como la alimentación, hidratación y tipo de ejercicios que se recomiendan durante el embarazo.

Datos de dependencia: Refiere que le gustaría pertenecer a un grupo de apoyo para mejorar su salud, como alimentarse y como sentirse con más energía y en general incrementar sus conocimientos sobre la enfermedad de toxoplasmosis, así como de signos de alarma y ejercicios durante el embarazo.

8.- VALORACION POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
1.- Necesidad de oxigenación	Sin alteración
2.- Necesidad de nutrición	Alteración de peso 21 Kg en los nueve meses con IMC de 32.8
3.-Necesidad de eliminación	Estreñimiento, Disuria, Retención
4.-Necesidad de movimiento	Sin alteración
5.-Necesidad de descanso	Falta de descanso
6.-Necesidad de higiene	Sin alteración
7.- Necesidad de termorregulación	Sin alteración
8.-Necesidad de cuidado de la piel	Bastantes estrías en la piel en la región abdominal
9.-Necesidad de evitar riesgos y peligros	Temor
10.-Necesidad de comunicarse	Sin alteración
11.-Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores	Sin alteración
12.-Necesidad de realización	Sin alteración
13.-Necesidad de recreación	Sin alteración
14.-Necesidad de aprendizaje	Conocimientos deficientes con respecto a su enfermedad

9.- JERARQUIZACION DE DIAGNOSTICOS

1.- Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con peso basal cada vez mas alto al inicio del embarazo.

2.- Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario manifestado por Disuria, Retención

3.- Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por eliminación de heces duras y secas

4.- Trastornó del patrón del sueño relacionado con malestar físico manifestado por ansiedad

5.- Temor relacionado con su enfermedad manifestado por ansiedad y tristeza

6.-Conocimientos deficientes relacionados con Mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema

10.- DIAGNOSTICOS DE LA NANDA

DX 1.

NECESIDAD: NUTRICION

DOMINIO: 2 Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía

CLASE: 1 Ingestión Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo

ETIQUETA: -.00003 Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso

Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso relacionado con peso basal cada vez más alto al inicio del embarazo IMC 33.7

Mejorar sus hábitos alimenticios durante el tiempo restante del embarazo para evitar posibles complicaciones durante el parto

NOC (RESULTADOS)

- 1612 Control de peso¹¹

Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud

161202 Mantiene la ingestión calórica diaria optimo

161207 Mantiene un patrón alimenticio recomendado

161203 Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórico

¹¹ SUE Moorhead, *Clasificación de Resultados de Enfermería* (NOC) Tercera Edición Editorial Elsevier España, 2005 pp 572

161220 Demuestra progreso hacia el peso objetivo

- Estado nutricional

Punto hasta el cual los nutrientes están disponibles para cubrir sus necesidades metabólicas.

NIC (INTERVENCIONES) ACTIVIDADES

-1260 Manejo del peso¹²

Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal

- ✓ Determinar IMC
- ✓ Transmitir riesgos asociados a sobrepeso.
- ✓ Pautar con el paciente objetivos a corto, mediano y largo plazo en cuanto a la alimentación y ejercicio

1280 Ayuda para disminuir el peso¹³

Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal

- ✓ Determinar el deseo y motivación del paciente para disminuir el peso
- ✓ Determinar los patrones de alimentación actuales haciendo que el paciente anote en un diario que, cuando y donde come
- ✓ Establecer un plan de cuidados
- ✓ Establecer una caminata como mínimo de 20 minutos diarios

¹² Mc Closkey Dochterman, Joanne Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición Editorial Elsevier 2005 Pp 594

¹³ Ibidem Pp 227

5246 Asesoramiento nutricional¹⁴

Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Empleo de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificar la dieta.

ACTIVIDADES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA:¹⁵

- ✓ Animar al paciente a seguir una dieta de hidratos de carbono simples y proteínas y a evitar los azúcares simples, las grasas de absorción rápida, la cafeína y los refrescos.
- ✓ Gestión de la nutrición: ofrecer información sobre las necesidades nutricionales y como cubrirlas.
- ✓ Ayuda para disminuir peso: Enseñar al paciente a leer las etiquetas cuando compre alimentos, así como a controlar la cantidad de grasas y calorías de la comida que va a consumir.
- ✓ Enseñar al paciente a seleccionar alimentos en restaurantes y encuentros sociales que sean coherentes con la ingesta de calorías y nutrientes planeada.
- ✓ Enseñar al paciente a calcular el porcentaje de grasa en los productos alimentarios.

¹⁴ Ibídem Pp 197

¹⁵ Wilkinson M. Judith Manual de Diagnósticos de enfermería 9 a Edición Editorial Pearson 2008 pp.517 - 520

INDICADORES DE RESULTADO

1.-NUNCA DEMOSTRADO

2.-RARAMENTE DEMOSTRADO

3.-EN OCASIONES DEMOSTRADO

4.-FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO

5.-CONSTANTEMENTE DEMOSTRADO

DIAGNOSTICOS DE LA NANDA DX.2

NECESIDAD: ELIMINACION

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio: Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

CLASE: 1 Función urinaria: Procesos de secreción, reabsorción y excreción de orina

ETIQUETA: .- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria

DEFINICION: Disfunción en la eliminación urinaria

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario manifestado por disuria, retención.

Mejorar su patrón de diuresis .

NOC (RESULTADOS):

1608 Control de síntomas¹⁶

Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional

0503 Eliminación urinaria¹⁷

Capacidad del sistema urinario para filtrar los productos de desecho, conservar solutos y recoger y eliminar la orina de una forma saludable

¹⁶ SUE Moorhead opcid. Pp.264

¹⁷ Ibidem Pp, 329

NIC (INTERVENCIONES) ACTIVIDADES

4120 Manejo de líquidos¹⁸

Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las. Complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados

- ✓ Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de agua con las comidas, entre las comidas y al anochecer
- ✓ Mantener la orina acida, evitar los zumos cítricos, los refrescos de cola y el café
- ✓ Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario
- ✓ Hacer que escuche el agua, corriente para estimular
- ✓ Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario

2390 Prescribir medicación¹⁹

Prescribir medicación para un problema de salud

- ✓ Administrar los antibióticos prescritos.

6540 Control de infecciones²⁰

Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

¹⁸ Mc Closkey Dochterman, Pp,570

¹⁹ Ibidem Pp, 690

²⁰ Mc Closkey Opcid. Pp.253

EDUCACION DEL PACIENTE Y LA FAMILIA²¹

- ✓ Enseñar al paciente los signos y síntomas de la infección del tracto urinario
- ✓ Instruir al paciente y a la familia a registrar el volumen de orina cuando sea oportuno
- ✓ Instruir al paciente a responder inmediatamente a la necesidad de orinar cuando sea oportuno
- ✓ Enseñar al paciente a beber 250 ml de agua con las comidas, entre comidas y al anochecer.

INDICADORES DE RESULTADO:

1.-NUNCA DEMOSTRADO

2.-RARAMENTE DEMOSTRADO

3.-EN OCASIONES DEMOSTRADO

4.-FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO

5.-CONSTANTEMENTE DEMOSTRADO

²¹ Wilkinson M. opcid. Pp.309 - 311

DIAGNOSTICOS DE LA NANDA DX.3.

NECESIDAD: ELIMINACION

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio: Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

CLASE: 2 Función gastrointestinal: Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión

ETIQUETA: -.00011 estreñimientos

DEFINICION: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por eliminación de heces duras y secas

Tratar de que la paciente mejore su ingesta de líquidos y su alimentación (fibras)

NOC (RESULTADOS):

- 0501 Eliminación intestinal²²

Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva

²² Sue Moohead opcid. Pp.328

NIC (INTERVENCIONES) ACTIVIDADES:

- 1100 Manejo de la nutrición²³

Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

- ✓ Fomentar el consumo de una dieta rica en frutas y verduras que contenga una importante cantidad de fibra.
- ✓ Aumentar considerablemente la ingesta de líquidos.

- 0221 Terapia de ejercicios: De ambulación ²⁴

Estímulo y asistencia en la de ambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión

- ✓ Estimular a la paciente para que deambule un rato a lo largo del día para recuperar el movimiento en el tracto intestinal

- Gestión de la eliminación intestinal

Establecimiento y mantenimiento de un hábito regular de evacuación fecal

- ✓ Recoger los datos basales sobre el régimen intestinal, actividad, medicamentos y hábito del paciente

- Gestión del estreñimiento/ impactación

Prevención y mejoría del estreñimiento/impactación

- ✓ Buscar signos y síntomas de rotura intestinal o peritonitis
- ✓ Identificar aquellos factores (por ejemplo, medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan provocar o contribuir al estreñimiento

²³ Mc Closkey Dochterman, . **opcid** Pp.550

²⁴ Ibidem Pp. 752

EDUCACION DEL PACIENTE Y LA FAMILIA²⁵

- ✓ Informar al paciente de la posibilidad de que el estreñimiento este causado por medicamentos
- ✓ Instruir al paciente en el uso de ayudas para la evacuación que facilitaran un habito intestinal optimo una vez en casa
- ✓ Enseñar al paciente la influencia de la dieta (por ejemplo líquidos y fibra) en la evacuación
- ✓ Destacar la importancia de evitar el esfuerzo extremo para defecar con el fin de evitar cambios de las constantes vitales, mareo y hemorragia

INDICADORES DE RESULTADOS:

1.-NUNCA DEMOSTRADO

2.-RARAMENTE DEMOSTRADO

3.-EN OCASIONES DEMOSTRADO

4.-FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO

5.-CONSTANTEMENTE DEMOSTRADO

DIAGNOSTICOS DE LA NANDA

DX.4.

NECESIDAD: ACTIVIDAD / REPOSO

²⁵ Wilkinson M. opcid. Pp. 324 - 328

DOMINIO: 4 actividad 8 Reposo: Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos

CLASE: 1 Reposo / Sueño: Sueño, descanso, Tranquilidad, relajación o inactividad.

ETIQUETA: .-00168 Trastornó del patrón del sueño

DEFINICION: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Trastornó del patrón del sueño relacionado con malestar físico manifestado por ansiedad

Mejorar su sueño/descanso para evitar un deterioro físico mayor.

NOC (RESULTADOS):

- **Sueño 0004**²⁶
- 000415 Descansado físicamente
- 000 416 Descansado mentalmente

NIC (INTERVENCIONES) ACTIVIDADES

1850 Fomentar el sueño²⁷

- ✓ Facilitar ciclos regulares de sueño

²⁶ SUE Moorhead, opcid Pp.538

²⁷ Mc Closkey Dochterman, . Opqid Pp.

- ✓ Observar, registrar el esquema y números de horas de sueño del paciente
- ✓ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas, (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolo/molestias, y frecuencia urinaria, y/o psicológicos (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño
- ✓ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperaturas, colchón, y cama) para favorecer el sueño

Comentar con la paciente y la familia medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo

Descanso: Cantidad y patrón de la reducción de la actividad para lograr un rejuvenecimiento físico y mental

-1850 Mejorar el sueño²⁸

Facilitación de ciclos regulares de sueño – vigila

- ✓ Evitar ruidos fuertes y el empleo de la luz directa durante el sueño nocturno, ofrecer un entorno tranquilo y minimizar las interrupciones
- ✓ Facilitar el mantenimiento de la rutina habitual del paciente, las acciones o los rituales antes de acostarse (por ejemplo, para niños, su manta o juguete favorito, mecedora, chupete o cuento, para adultos, un libro para leer, Etc.) según proceda.

²⁸ Ibidem Pp.613

- ✓ Ayudar al paciente a limitar las horas de sueño durante el día ofreciéndole actividades que le mantengan despierto, según proceda.

EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA²⁹

- ✓ Indicar al paciente y a los familiares cuales son los factores que interfieren con el sueño (por ejemplo estrés, estilo de vida caótico, trabajo por turno, temperatura ambiente demasiado alto o bajo).
- ✓ Indicar al paciente que evite tomar alimentos o bebidas a la hora de dormir que puedan interferir con el sueño
- ✓ Ayudar a que el paciente identifique y se anticipe a los factores que puedan causar problemas de sueño, como el miedo, problemas no resueltos o conflictos

INDICADORES DE RESULTADO:

1.-NUNCA DEMOSTRADO

2.-RARAMENTE DEMOSTRADO

3.-EN OCASIONES DEMOSTRADO

4.-FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO

5.-CONSTANTEMENTE DEMOSTRADO.

²⁹ Wilkinson M. opcid. Pp. 690 - 692

DIAGNOSTICOS DE LA NANDA DX.5

NECESIDAD: SEGURIDAD

DOMINIO: 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA

CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

ETIQUETA: 00148 TEMOR

DEFINICION: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Temor relacionado con su enfermedad manifestado por ansiedad y tristeza.

Tratar de disminuir sus signos de temor para lograr que llegue tranquila al fin de su embarazo.

NOC (RESULTADOS):

140415 Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo³⁰

Nivel del temor: Gravedad de la presión, tensión o incomodidad manifestadas que surgen de una fuente identificable.³¹

1404 Control del miedo.³²

NIC (INTERVENCIONES) ACTIVIDADES:

5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO³³

³⁰ Planes estandarizados Pp. 101

³¹ Ibidem Pp 102

³² Ibidem Pp 102

- ✓ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles relaciones
- ✓ Valorar la comprensión del proceso de enfermedad.
- ✓ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
- ✓ Animar a la paciente a evaluar su propio comportamiento.

5880 TECNICA TRANQUILIZAR (TECNICA DE RELAJACION)³⁴

Disminución de la ansiedad del paciente que presenta que experimenta distres agudo

- ✓ Reducir la ansiedad en los pacientes que sufran tensión nerviosa aguda

REDUCCION DE LA ANSIEDAD³⁵

Reducir la aprensión, el temor, los malos presentimientos o la inquietud relacionados con una fuente de peligro anticipado sin identificar

EDUCACION DEL PACIENTE Y LA FAMILIA:³⁶

- ✓ Explicar todas las pruebas y tratamientos al paciente y a la familia
- ✓ Ayudar a los pacientes a diferenciar entre temores racionales e irracionales
- ✓ Enseñar al paciente a su familia como usar las imágenes guiadas cuando tienen miedo.
- ✓ Permanecer con el paciente durante las situaciones nuevas o cuando el temor sea de gran intensidad

³³ Closkey Dochterman,. **Opcid Pp206**

³⁴ Ibidem. Pp 742

³⁵ Ibidem Pp.

³⁶ Wilkinson M. **opcid.** Pp.706

- ✓ Comunicar la aceptación de la percepción de temor del paciente para animar a la comunicación abierta relativa a fuente del temor

INDICADORES RESULTADOS:

1.- NUNA

2.-RARA VEZ

3. - ALGUNA VEZ

4.- A MENUDO

5.- HABITUALMENTE

DIAGNOSTICOS DE LA NANDA DX.6

NECESIDAD: Percepción / Cognición

DOMINIO: Percepción / Cognición

Sistema humano de procesamiento de la información incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

CLASE: 4 Cognición. Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, calculo y lenguaje

ETIQUETA: .-00126 Conocimientos deficientes

DEFINICION: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Conocimiento deficiente relacionado con mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema.

Informar de manera adecuada y en un lenguaje claro su estado de salud.

NOC (RESULTADOS)

18 1307 Descripción de la actividad prescrita³⁷

NIC (INTERVENCIONES) ACTIVIDADES:

5602 Enseñanza: proceso enfermedad³⁸

³⁷ Planes estandarizados Pp.49

³⁸ Closkey Dochterman,. **Opcid Pp385**

- ✓ -Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionados con la enfermedad
- ✓ Describir los signos y síntomas de enfermedad
- ✓ Proporcionar información a la familia acerca del proceso de la enfermedad del paciente
- ✓ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones
- ✓ Determinar las necesidades de aprendizaje del paciente
- ✓ Determinar la capacidad del paciente para retener información específica (por ejemplo nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cubiertas, estado emocional y adaptación a la enfermedad)
- ✓ Ofrecer un entorno apropiado para la transmisión de la enseñanza

- 5520 Facilitar el aprendizaje³⁹

- ✓ Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información

INDICADORES DE RESULTADOS:

1.-NINGUNO

2.- LIMITADO

3.-MODERADO

4.-SUSTANCIAL

5.-AMPLIO

³⁹ Ibidem Pp. 415

11- PLAN DE ALTA.

El objetivo de elaborar el plan de alta es el de brindar orientación y educación para la salud, de tal forma que la paciente pueda llevar un autocuidado específico en su domicilio y se pueda lograr con ello elevar la calidad de vida y de salud, reduciendo así el riesgo de complicaciones.

Estas indicaciones se realizarán directamente a la paciente, junto con sus familiares para poder así despejar alguna duda que pueda surgir, todo esto encaminado a lograr una evolución adecuada para la paciente.

Para ello nos guiaremos en las necesidades afectadas ya detectadas:

ELIMINACION: Dar una orientación sobre la importancia que tiene el llevar a cabo una dieta adecuada ,rica en fibra y asimismo la ingesta adecuada de líquidos, y las complicaciones que se podrían presentar de no llevar a cabo esta recomendación.

DESCANSO: Orientar a la Sra. Camelia R. A. sobre la importancia que tiene el mantener un sueño fisiológico normal.

CUIDADOS DE LA PIEL Sugerirle que se lubrique con crema o aceite de almendras dulces, el área de abdomen para prevenir la aparición de mas estrías.

REALIZACION: Pedirle que tenga una plática con su pareja sexual, para manifestarle cualquier duda o temor, que pueda tener con relación a su hijo.

RECREACION: Indicarle que el ejercicio será poco a poco, dependiendo de su mejoría con respecto a su convalecencia.

12- CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería es nuestro método sistemático y organizado el cual nos permite ofrecer cuidados de calidad, ya que estos cuidados se planifican y fundamentan con el fin de garantizar la atención al usuario, familia, comunidad y la sociedad misma. Debemos luchar por darle auge al PAE para implementarlo en las instituciones de salud tanto pública como privada.

Debemos tomar conciencia ya que el Proceso Atención de Enfermería es un método que nos ayuda de manera eficiente al cuidado de la salud de nuestra población.

El modelo de Virginia Henderson permite valorar a la persona de una forma integral, tomando en cuenta sus necesidades básicas, independencia y dependencia.

Enfermería ha crecido como gremio, por eso invito a mis compañeras de trabajo, pasantes, estudiantes; a que nos unamos como enfermeras para ser mejores día a día, pero sobre todo que busquemos ser mejores seres humanos, invito a mantener esa empatía permanente con nuestro paciente, para que se brinde lo mejor a quienes nos confían su salud pero sobre todo su vida.

Cada día la práctica de Enfermería requiere de mayor Profesionalismo, humanismo, ética, desarrollar un trabajo basado en el método sistemático y organizado como es el PAE que es la herramienta que cubre todos esos aspectos.

La Licenciada en Enfermería es una pieza clave en el sistema de los servicios y equipo de Salud. Es de gran importancia que la enfermera sepa detectar los diagnósticos oportunamente y poder darles una solución adecuada y eficaz de forma sistematizada, y personal.

En el caso de la persona en estudio, la valoración del riesgo para el control prenatal, fue muy útil ya que basada en el PAE me fue posible elaborar y aplicar estrategias encaminadas a la prevención enseñar y motivar a la persona en casa.

Finalmente el PAE nos permite evaluar nuestras acciones dentro de la profesión, midiendo los resultados y así poder realizar ajustes de acuerdo a las necesidades del usuario por la flexibilidad en su aplicación.

La enseñanza y experiencia que me deja la realización de éste trabajo es; la plena convicción de que la **Licenciada en enfermería** es, dentro del equipo de Salud, Líder en el **Cuidado de la Salud, Promoción, Prevención** de enfermedades y la **Rehabilitación** de éstas.

Necesitamos que nuestras intervenciones se vean reflejadas en las tasas de morbi-mortalidad y podamos medir su oportunidad y eficacia, para ello necesitamos fundamentar nuestras acciones y aplicar el **Proceso de Atención de Enfermería** y en mi opinión el modelo de Virginia Henderson es el más completo para poder detectar las necesidades de la persona y formular los diagnósticos de enfermería y poder dar la atención integral y de calidad, logrando así los objetivos trazados , elevando la profesionalización de la enfermería. Considero que lo anterior es la necesidad actual de la misma profesión y del individuo y comunidad.

Al concluir el presente Proceso de Atención de Enfermería me di cuenta de la importancia que tenemos en la vida de la gente que confía en nosotras. El cuidado integral de un ser humano es tan complejo que para brindar ayuda a nuestros semejantes no solo basta con la intención de hacerlo, se requiere de entre muchas cualidades, tener conocimientos intuición, creatividad, habilidad y paciencia para abordar al individuo desde un enfoque biopsicosocial y así poder suplir, ayudar y asistir las necesidades de una persona sana o enferma.

Recordemos siempre que la paciente, no vive si no trata de sobrevivir para mejorar su calidad de vida y tener una vida digna

13-. RECOMENDACIONES

*Realizar promoción para la salud es un gran reto, al cual estamos comprometidos, sabemos que no es fácil, pero no imposible de lograrlo cuando se trabaja en equipo y con responsabilidad.

*Implementar en todas las instituciones de salud capacitaciones continuas, sobre el manejo del Proceso de Atención de Enfermería, ya que no todo el personal conoce el manejo de éste y la importancia que tiene la familiarización del mismo para así poder detectar oportunamente datos de alarma , que indiquen los riesgos para la salud.

Consumir solo carne bien cocida.

Lavar y desinfectar frutas y verduras.

No tocar mucosa oral cuando se ha manipulado carne cruda.

Lavarse minuciosamente las manos y lavar la mesa de la cocina tras haber manipulado carne cruda.

Proteger los alimentos de los insectos.

Evitar cualquier contacto con materiales contaminados con excremento de gato.

Usar guantes para cambiar la cama del gato o para trabajar en el jardín.

Desinfectar la cama y desparasitar a los gatos.

14.- BIBLIOGRAFIA

Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligoo- Modelos y teorías en Enfermería sexta edición págs. 54 y 55.

Cárdenas Jiménez Margarita. (Seminario-Taller) El Proceso Atención de Enfermería. ENEO,P91

Cárdenas Jiménez Margarita. Conceptualización de la enfermería, Febrero 2000. UNAM-ENEO

Diccionario Terminología de ciencias medicas Editorial Salvat

El Manual Merck.- Novena Edición. Harcourt Brace

FERNANDEZ FERRIN Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona España, 1995

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA INTERNACIONAL Editorial Elsevier 2009 - 2011

Kozier, Barbara, Glenora Erb, Rita Olivieri. Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica. 4ª-Edición, editorial Interamericana, México 1994.

Lowdermilk, Deitra Leonard ENFERMERIA MATERNO INFANTIL 6ª edición Ed. Océano, Barcelona 1998.

Manual de Enfermería CTO 4ta edición blanco y negro tomo I – Mc Graw-Hill-Interamericana págs. 168-169

Manual de la Enfermería- Grupo Editorial Océano / Centrum.

Marriner T.A. Raile A.M. Modelos y teorías en Enfermería.4ta edición.Editorial Harcourt Brance.1999.

Martín Tucker Susan, Mary M. Cenobbio. Normas del Cuidado de Pacientes. 6ª Edición, Editorial Harcourt / Océano. México 1993.

Mc Closkey Dochterman, Joanne Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición Editorial Elsevier 2005 Pp 594

Nanda Diagnosticos Enfermeros 2009 – 2011 Editorial Elsevier, España 2009

NANDA-1. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2007-2008. Ed. Elsevier, España.

Potter/Perry. Fundamentos de enfermería. Vol. 3 y 4, Editorial Harcourt/OCEANO.

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia Proceso Enfermero, P29

SUE Moorhead, ***Clasificación de Resultados de Enfermería*** (NOC) Tercera Edición Editorial Elsevier España, 2005 pp 572

UNAM-ENEO. Proceso de Atención de Enfermería. Seminario taller 2000. 21/01/10

UNAM-ENEO. Proceso de Enfermería. Antología, curso taller, Febrero-marzo 2007. consultado el 21/01/10

Wilkinson M. Judith Manual de Diagnósticos de enfermería 9 a Edición Editorial Pearson 2008 pp.517 – 52

Referencias Electrónicas

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asinat_tear_metod5.htm.
<http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html> consultado el 20/01/10

<http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html> consultado el 20/01/10

<http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/pe.html> consultado el 21/01/10

www.noticiahispanoamericana.com/news.phpnid consultado el 22/01/10

www.vademecum.com.mx consultado el 23/01/10




www.mediks.com/médicos/articulos/phpide=3698 consultado el 24/01/10

15.- ANEXOS

ANEXO I



FISIOPATOLOGIA

TOXOPLASMOSIS.

-  La **toxoplasmosis** es una enfermedad infecciosa ocasionada por un protozoo parásito que se llama *Toxoplasma gondii*, un parásito intracelular obligado.⁴⁰ La toxoplasmosis puede causar infecciones leves y asintomáticas, así como infecciones mortales que afectan mayormente al feto, ocasionando la llamada toxoplasmosis congénita. También puede revestir gravedad cuando afecta a recién nacidos, ancianos y personas vulnerables por su condición de déficit de inmunidad.
-  La enfermedad es considerada una zoonosis, lo que significa que se transmite habitualmente desde los animales a los seres humanos a través de diferentes vías de contagio, siendo los hospedadores definitivos el gato y otras 6 especies de felinos.
-  Las medidas de prevención son particularmente importantes en las mujeres embarazadas y consisten en normas generales de higiene para evitar la transmisión por alimentos o agua contaminada, no consumir carne cruda o poco cocinada y evitar contacto con heces de gato.

⁴⁰ Dubey JP, Lindsay DS, Speer CA. Structures of *Toxoplasma gondii* tachyzoites, bradyzoites, and sporozoites and biology and development of tissue cysts. Clin Microbiol Rev. 1998; 11:267-299 Disponible en la World Wide Web. [ISSN](#) 0893-8512

EPIDEMIOLOGIA:

-  La toxoplasmosis está presente en todo el mundo. El porcentaje de adultos que han pasado la enfermedad a la largo de su vida es muy elevado, en torno al 50%, dependiendo de la región, los hábitos higiénicos y las condiciones sanitarias. En la mayor parte de los casos apenas aparecen síntomas o estos son leves, por lo cual la población generalmente no es consciente de haber padecido la infección que solo puede comprobarse mediante un análisis de sangre que demuestre positividad para anticuerpos específicos de tipo [IgG](#) o [IgM](#).
-  Por razón de la cantidad de adultos que presentan seropositividad, es decir, que presenta en su sangre anticuerpos que prueban que el individuo tuvo contacto con el parásito, se ha encontrado una elevada prevalencia en América Latina: México, América Central y del Sur con la excepción de las áreas más sureñas y las Islas del Caribe.⁴¹

La gran incidencia en el África occidental es conocida por estudios epidemiológicos de inmigrantes de esa zona del continente.^[4] Existe, incluso en éstas grandes áreas geográficas, una considerable variación de seroprevalencia, dependiendo de la región, la edad, el sexo, el grupo étnico y las condiciones socioeconómicas y sanitarias, en especial el contacto con gatos y la tierra. Por ejemplo, en comunidades de baja salubridad pública en la región andina de [Cuzco](#), [Perú](#), criadores de [camélidos](#), se encontró una seroprevalencia de

⁴¹ CHACIN-BONILLA, Leonor, SANCHEZ-CHAVEZ, Yulaicy, ESTEVEZ, Jesús et al. Prevalence of human toxoplasmosis in san carlos island, venezuela. INCI. [online]. ago. 2003, vol.28, no.8 [citado 26 octubre de 2007], p.457-462. Disponible en la World Wide Web: . [ISSN](#) 0378-1844.

Toxoplasma gondii en alpacas del 35%, cuando la enfermedad en humanos en esa región es escasa.^[5] En Colombia según el Estudio Nacional de Salud realizado en 1982, la prevalencia en la población general es de 47%. En Brasil se han encontrado prevalencias en población general de 50 a 76%.

- Ⓢ La frecuencia de toxoplasmosis congénita varía de 0,2 a 2%. En Colombia según estudios realizados en diferentes regiones, las frecuencias en el embarazo van de 0,6 a 3%. Actualmente, el Ministerio de Protección Social en Colombia no tiene reglamentación para la realización de pruebas durante el embarazo para la toxoplasmosis e igual situación ocurre en otros países de América Latina. En la ciudad de Armenia (Quindío) se ha instaurado un programa de la Secretaría de Salud de Armenia para la población vinculada que cubre alrededor de 900 gestantes y se detectan entre dos a cinco casos cada año.⁴²
- Ⓢ En esta ciudad se ha encontrado que se presenta mortalidad neonatal en la población no cubierta por el programa pero no en los hijos de madres detectadas y tratadas. En el resto del país en ausencia de intervención terapéutica entre 800 a 3.000 recién nacidos nacen infectados cada año, así en Sincelejo (departamento de Sucre, Colombia) en 100 gestantes se encontraron dos seroconversiones y entre los hijos de estas madres se presentó un mortinato.
- Ⓢ Las formas más graves pueden llevar a la muerte intra-uterina o causar secuelas graves si la infección de la madre ocurre en la primera mitad de la gestación. Un estudio en una población en Brasil demostró una mayor cantidad (13.9%) de mujeres embarazadas con toxoplasmosis activa (por la presencia de anticuerpos

⁴² J. R. Chesterton and E. S. Perkins. Ocular toxoplasmosis among Negro immigrants in London. Br J Ophthalmol. 1967 September; 51(9): 617-621.

[IgM](#)) que con sífilis y la enfermedad de Chagas En Europa prevalece mucho la toxoplasmosis, probablemente por el gran consumo de carne cruda.⁴³

Fuentes de infección

La fuente de infección más frecuente son los animales domésticos, aunque el parásito se encuentra en varias especies de animales silvestres. La fuente más común de infección es el hospedador definitivo, el gato infectado, aunque puede provenir también de huéspedes intermedios, como los perros, conejos, cerdos^[9](la salchicha de cerdo, probablemente debido a su preparación, no tiende a ser una fuente de importancia para la transmisión de toxoplasmosis), ratas, ratones, ganado vacuno,^[11] palomas y otras aves domésticas.

La fuente de infección más importante es el contacto con heces de gatos, pues sólo el gato puede excretar quistes en sus heces, sobre todo los menores de 6 meses, porque el gato más viejo suele ser inmune y no transmite la infección. Aunque el parásito puede infectar prácticamente todos los animales de sangre caliente, en ellos no ocurre el ciclo definitivo, sólo lo albergan en sus tejidos y para poder contaminarse de estos animales se debe consumir la carne poco cocida.

Otra fuente de infección es la ingestión de carne, cruda o mal cocida, de pollo, vacuno o cerdo, la importancia de cada una varía de una región a otra. Asimismo la manipulación de estos alimentos, aunque luego se cocinen muy bien, por

⁴³ RAMIREZ R., Julia, CHAVEZ V., Amanda, CASAS A., Eva et al. Seroprevalencia de *Toxoplasma gondii* en alpacas de comunidades de la provincia de Canchis, Cusco. Rev. investig. vet. Perú. [online]. jul./dic 2005, vol.16, no.2 [citado 26 Outubro 2007], p.169-174. Disponible na World Wide Web. [ISSN](#) 1609-9117.

contaminación de las manos, utensilios de cocina, etc, así como el consumo de agua no filtrada o sin hervir que este contaminada⁴⁴

Se sabe que el parásito cruza la placenta pudiendo transmitirse al feto, si la madre se infecta por primera vez durante el embarazo. Si la infección ocurrió antes de quedar embarazada, el nuevo bebé no puede ser infectado⁴⁵El riesgo es menor si la infección ocurrió en las últimas semanas de gestación. Con muchísima menos frecuencia, el parásito puede ser transmitida por transfusión de sangre, o trasplante de órganos.

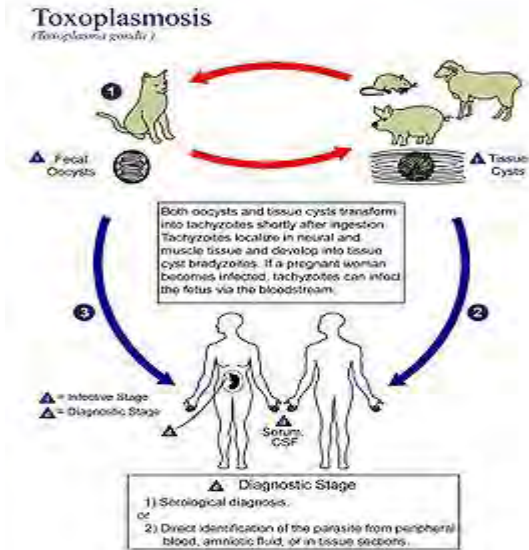
Ciclo de vida

La toxoplasmosis es una zoonosis de distribución mundial. Se infectan animales herbívoros, omnívoros o carnívoros, incluyendo casi todos los mamíferos. En la carne destinada a consumo humano es frecuente la presencia de quistes tisulares. Los invertebrados como moscas y cucarachas pueden contribuir a la difusión de los ooquistes, que acompañan a la defecación de los gatos. Los ooquistes que salen con las heces no son de inmediato infectantes, deben pasar por un proceso de diferenciación en la tierra que dura hasta tres semanas y pueden mantenerse

⁴⁴ American Academy of Family Physicians (15 de mayo de 2003). «[Toxoplasmosis](#)» (en inglés). Consultado el 12 de diciembre de 2009.

⁴⁵ eMedicine.com - Enfermedades infecciosas: Toxoplasmosis. Último acceso: 26 oct 2007.

infecciosos durante mucho tiempo en la tierra húmeda (aproximadamente un año)⁴⁶



Ciclo vital de *Toxoplasma gondii*: el gato es el huésped definitivo (1) (donde el parásito se reproduce), el gato se infecta e infesta a otros animales por los ooquistes tisulares. El hombre se infecta consumiendo ooquistes liberados con las heces (3) o bien al ingerir carne contaminada con ooquistes tisulares (2).

El parásito se presenta bajo tres distintas formas: **taquizoíto** (un trofozoíto que puede encontrarse en casi cualquier órgano, principalmente el cerebro y músculos), **quistes tisulares** y **ooquistes**. Estos últimos sólo se producen en los intestinos de los huéspedes definitivos.

⁴⁶ VIDIGAL, Paula Vieira Teixeira, SANTOS, Daniel Vítor Vasconcelos, CASTRO, Flávia Cipriano et al. Prenatal toxoplasmosis diagnosis from amniotic fluid by PCR. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]. 2002, vol. 35, no. 1 [cited 2007-10-31], pp. 1-6. Available from: [ISSN 0037-8682](#).

El ciclo vital de *Toxoplasma* tiene como huésped definitivo al gato o miembros de su familia, que tras ingerir alguna de las formas del parásito sufre en las células epiteliales de su intestino un ciclo asexual y luego un ciclo sexual, eliminándose en sus heces millones de ooquistes. Cuando estos esporulan se vuelven infecciosos pudiéndose infectar otros animales por su ingestión. Por debajo de 4 °C, o por encima de 37 °C, no se produce la esporulación y los quistes no son infecciosos.

Los humanos sufren la transmisión del parásito fundamentalmente por vía oral a través de la ingesta de carnes, verduras, el agua, huevos, leche, u otros alimentos contaminados por ooquistes o que contienen quistes tisulares.⁴⁷

De hecho, hasta un 25% de las muestras de carnes de cordero y cerdo presentan ooquistes, siendo menos frecuentes en la carne de vaca. Los gatos, sobre todo si se manipulan sus excreciones, pueden infectar al ingerir los ooquistes por las manos contaminadas.

Se ha estudiado con cierto detalle el importante papel que juegan los gatos en la eliminación de los ooquistes en la tierra como parte de la transmisión de la enfermedad. En algunas islas del Pacífico, se ha demostrado que la ausencia de gatos está asociada a la ausencia de anticuerpos humanos en contra de *Toxoplasma* y, al contrario, en regiones con prevalencia de anticuerpos están en proporción directa con la población de gatos o el contacto con la tierra contaminada por heces felinas

⁴⁷ *Ibíd*em pp. 1-6.

Los gatos se infectan al consumir roedores y aves, que son huéspedes intermediarios que contienen los quistes (con bradizoítos) que mantienen una infección crónica en estos animales

La segunda vía de transmisión es la materno-fetal o congénita dando origen a la toxoplasmosis congénita. Más rara es la transmisión por transfusiones o por recepción de órganos. El contagio interhumano de toxoplasmosis solo se ve en casos de la transmisión trasplacentaria.⁴⁸

Cuadro clínico

Más del 80% de las infecciones son asintomáticas. La toxoplasmosis puede ser aguda o crónica, sintomática o asintomática. La infección aguda recientemente adquirida suele ser asintomática en niños mayores y adultos; y en caso de presentar síntomas y signos (enfermedad aguda) estos suelen ser de corta duración y autolimitados, como una gripe o mononucleosis, dolor de cabeza, dolores musculares, inflamación de los ganglios linfáticos, etc.^[13] En la mayoría de los casos persiste como quistes en los tejidos pero la persona no suele tener manifestaciones clínicas (infección crónica), pero en otros casos se presenta con formas clínicas persistentes o recurrentes (enfermedad crónica).

⁴⁸ Ibidem pp. 1-6.

Se suelen diferenciar cuatro grandes categorías clínicas en el estudio de la toxoplasmosis:

1. Toxoplasmosis aguda adquirida en el paciente inmunocompetente, pudiendo cursar con un cuadro subclínico y por lo tanto sin síntomas, haciendo que el paciente no tenga conocimiento de la infección. Cuando aparecen síntomas son generales, confundiéndose con una gran gama de posibles infecciones benignas y de rápido curso, pudiendo provocar: [linfadenopatía](#), fiebre, mialgia y malestar general.⁴⁹
2. Toxoplasmosis aguda adquirida o reactivada en el paciente inmunodeficiente, las formas clínicas más severas, incluyendo leucemia, enfermedades del tejido conectivo, los cuales pueden manifestarse en un 40% de pacientes con SIDA, por ejemplo.^[14] Los pacientes con terapias inmunosupresoras (glucocorticoides, por ejemplo) como para prevenir el rechazo de un órgano trasplantado o el tratamiento de una enfermedad autoinmune, pertenecen a este grupo de alto riesgo.
3. Toxoplasmosis ocular, como resultado de una infección congénita (aunque los signos aparezcan al cabo de varios años) con retinitis [necrotizante](#), uveítis y ocasionalmente retino coroiditis.

⁴⁹ FACHADO, Alberto, FONTE, Luis, ALBERTI, Esteban et al. Usefulness of the detection of *Toxoplasma gondii* antigens in AIDS patients. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [online]. 1994, vol. 36, no. 6 [cited 2007-10-26], pp. 525-529. Available from [ISSN 0036-4665](#)

4. Toxoplasmosis congénita. Las formas más graves pueden llevar a la muerte intra-uterina o causar secuelas graves si la infección de la madre ocurre en la primera mitad de la gestación.

Dentro de cualquiera de ellas las manifestaciones clínicas no son específicas y los métodos diagnósticos pueden prestarse a diferentes interpretaciones.

Diagnóstico

La toxoplasmosis puede ser diagnosticada al aislar el parásito por medio de inoculación de animales de laboratorio o cultivo celular o con un perfil serológico, el cual puede no ser confiable en inmunodeficientes y en el feto.⁵⁰

Existen sin embargo pruebas capaces de detectar los anticuerpos serológicos o en orina, creados por el sistema inmune para combatir el parásito, especialmente un incremento en los niveles de [IgG](#) y/o la presencia de anticuerpos específicos de [IgM](#).^[17] La evaluación clínica de recién nacidos durante el primer año de vida es, sin duda, necesaria en madres seropositivas o de alto riesgo.

Otros métodos indirectos incluyen reacciones de fijación de complemento, reacción con colorantes de Sabin y Feldman, pruebas de ELISA y la reacción de hemaglutinación indirecta. Es posible también demostrar la presencia del genoma del parásito con la técnica de PCR, un método importante debido a su alta

⁵⁰ Ponce N, Gómez JE. Estandarización y validación clínica de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para diagnóstico de toxoplasmosis cerebral en pacientes infectados por el VIH. Infectio 2003; 7: 8-14.

sensibilidad y especificidad,^[16] pues siempre que es positivo confirma el diagnóstico pero si es negativo no siempre lo excluye. El método de detección por PCR se utiliza en el diagnóstico de toxoplasmosis en el líquido amniótico, en el humor acuoso en toxoplasmosis ocular y en inmunosuprimidos⁵¹ La detección directa del parásito en tejidos infectados puede también resultar difícil, por ejemplo, de placenta o cerebro, incluyendo la fijación de anticuerpos fluorescentes.

Esto sumado a que la toxoplasmosis puede ser asintomática implica que un análisis puede indicar únicamente que el individuo nunca ha sido infectado por el parásito, o bien que el individuo ha tenido o está presentemente infectado con el parásito (sin distinción de uno u otro caso)

Una vez que un organismo tiene anticuerpos contra la toxoplasmosis, queda inmunizado contra la enfermedad. Por ello se recomienda a las mujeres que estén planeando quedarse embarazadas que se hagan con anterioridad una prueba de anticuerpos de toxoplasmosis.

Diagnóstico diferencial

De importancia en los casos más severos donde se ven los síntomas más notables, la toxoplasmosis puede confundirse con la [leptospirosis](#),^[19] enfermedad

⁵¹ Oscar Velasco-Castrejón, Guadalupe Tenorio y Beatriz Rivas-Sánchez. Diagnóstico diferencial entre toxoplasmosis y leptospirosis de 26 casos mexicanos de uveítis posterior. REV CUBANA MED TROP 2005;57(1):77-8.

de Hodgkin y otros linfomas,^[20] encefalitis, mononucleosis, miocarditis, pulmonía (tuberculosis) en inmunocomprometidos y [sarcoidosis](#).

Tratamiento

El parásito *Toxoplasma gondii* es sensible a los fármacos [Pirimetamina](#) y las Sulfamidas, las que se usan en combinación para el tratamiento de la toxoplasmosis incrementando más de 6 veces el efecto de ellos individualmente.⁵² Debido a que la Pirimetamina bloquea el uso del ácido fólico, se debe añadir al tratamiento el ácido fólico, el cual puede ser usado por la médula ósea del paciente, más no por el parásito. Los [corticosteroides](#) están contraindicados excepto en casos de toxoplasmosis con sintomatología ocular, en cuyo caso se usan en concentraciones bajas.

Aquellos pacientes alérgicos o que no toleran las sulfamidas deben consultar con sus profesionales de salud en busca de otras opciones como la [Clindamicina](#).^[22] Las madres embarazadas deben ser también tratadas al ser diagnosticadas con certeza y, a través de ellas, al feto, balanceando los posibles efectos secundarios del tratamiento sobre el feto y su madre.¹ Una de las secuelas de hipersensibilidad asociado a medicamentos durante el tratamiento de la toxoplasmosis es el síndrome de Stevens-Johnson, el cual es una reacción febril con lesiones en la piel y conjuntivitis purulenta, potencialmente letal.

⁵² [guiaInfantil.com](#) - Diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis. Último acceso 26 oct 2007.

Para pacientes inmunosuprimidos, en especial pacientes con SIDA, el tratamiento debe continuarse de por vida para evitar la seria y frecuente posibilidad de reinfecciones o reactivación de una enfermedad latente.^{[21] , [25]} Otra alternativa es la Atovaquona, un antibiótico del grupo de las naftoquinolonas, pero que tiene el inconveniente del costo. En personas con toxoplasmosis latente, los quistes son inmunes a estos tratamientos, debido a que los antibióticos no llegan a los bradizoítos en suficiente concentración.⁵³

Trasmisión materna



Esquema de trasmision de toxoplasmosis en la gestación

La infección aguda por toxoplasma en la embarazada se presenta en forma asintomática en 90% de los casos.⁵⁴

Los signos clínicos más frecuentes son:

⁵³ Ibidem Pp. 1- 6

⁵⁴ Beazley DM; Egerman RS (1998). *Toxoplasmosis*, pp. 332–8

- Adenopatías.
- Fiebre
- Malestar general.
- Cefalea.
- Mialgias.
- Odinofagia.
- Eritema máculo papular.
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.⁵⁵

La coriorretinitis raramente ocurre en la forma aguda, es más frecuente en la crónica. El leucograma puede mostrar linfocitosis y linfocitos atípicos, lo que obliga a hacer diagnóstico diferencial con infecciones virales como citomegalovirus y mononucleosis infecciosa. En pacientes inmunosuprimidas, puede presentarse compromiso pulmonar o del sistema nervioso central⁵⁶

Infección fetal y neonatal

El periodo de tiempo entre la infección de la placenta y la transmisión al feto es variable, entre 4 y 16 semanas, por lo que la placenta infectada debe considerarse como una fuente potencial de infección al feto, durante todo el embarazo

⁵⁵ Hohlfeld P; Piedermann K; Extermann P; Gyr T (1995). *Toxoplasmosis in pregnancy: Prevention, prenatal diagnosis and treatment*, pp. 62-69.

⁵⁶ Matsui D (1994) «Prevention, diagnosis, and treatment of fetal toxoplasmosis» *Clin. Perinatol.* pp. 675-89

La tasa de infección fetal está relacionada inversamente con la edad gestacional: es mayor cuando la infección materna ocurre en el tercer trimestre (59%) que cuando se presenta en el segundo (29%) o en el primer trimestre (14%). Aunque la gravedad de la infección es mayor, en cuanto menor sea la edad gestacional en la que se adquiere la toxoplasmosis. Al nacer, la toxoplasmosis es subclínica en 75% de los casos y sólo en 8% se presenta con un compromiso severo del sistema nervioso central u oftálmico.⁵⁷

Epidemiología

La incidencia de toxoplasmosis durante el embarazo varía del 1 al 10 por mil embarazos, dependiendo de la zona geográfica, el estilo de vida y el nivel socioeconómico de la población⁵⁸

⁵⁷ Matsui D (1994) «Prevention, diagnosis, and treatment of fetal toxoplasmosis» *Clin. Perinatol.* pp. 675-89

⁵⁸ Crino J.P (Mar de 1994) «Ultrasound and fetal diagnosis of perinatal infection» *Clin Obstet. Gynecol.* Vol. 42. n.º 1. pp. 71-80; 174-5.

Signos clínicos



Coroidoretinitis activa, severa por Toxoplasma gondii

Los signos clínicos que con mayor frecuencia se presentan al nacimiento son:

- Hidrocefalia
- Sordera
- Microcefalia
- Neumonitis
- Calcificaciones intracerebrales
- Miocarditis
- Convulsiones
- Hepatomegalia y esplenomegalia⁵⁹

⁵⁹ Pinon JM., Jenum Pahedman K., Naessens A (Feb de 1994) «Treatment of toxoplasmosis during pregnancy: a multicenter study of impact on fetal transmission and childre's sequelate at 1 year» *Am. J. Obstet. Gynec.* Vol. 180. n.º 2. pp. 410-5

- Retardo psicomotor
- Fiebre o hipotermia
- Microoftalmia
- Vómito
- Estrabismo
- Diarrea
- Cataratas
- Ictericia
- Glaucoma
- [Exantema](#)
- [Coroidorretinitis](#)
- Atrofia óptica

La incidencia de secuelas en la población asintomática excede 85% y pueden ir desde leves a severas. Las principales manifestaciones son pérdida auditiva neurosensorial, retardo del desarrollo psicomotor, coroidorretinitis, hidrocefalia, epilepsia, ceguera y retardo mental. Los signos y síntomas pueden manifestarse meses a años después del nacimiento.⁶⁰

Diagnóstico Diagnóstico por [IgG](#), [IgM](#) e [IgA](#)

El tamizaje con IgG para detectar pacientes susceptibles al toxoplasma debería hacerse en el periodo preconcepcional. Esto permite detectar a las pacientes que tienen títulos positivos de IgG específica y que, por tanto, ya han sufrido una

⁶⁰ Matsui D (1994) «Prevention, diagnosis, and treatment of fetal toxoplasmosis» *Clin. Perinatol.* pp. 675-89

primoinfección antes del embarazo. Este grupo de pacientes no requerirían más estudios para toxoplasmosis al embarazarse.

Toda gestante sin títulos conocidos de IgG contra el toxoplasma deberá someterse a tamizaje para la detección de IgG contra el [parásito](#) desde el primer control prenatal.

Si el resultado es negativo, la gestante no ha adquirido la infección previamente, ante lo cual debe solicitarse IgG en forma trimestral e instruir a la paciente en medidas preventivas para evitar la primoinfección, tales como, el cuidado en el consumo de los alimentos, medidas higiénicas y no exposición a [felinos](#).

Si la IgG es positiva y existe certeza de tener un resultado negativo previo al embarazo, se considera un caso de [seroconversion](#) y debe iniciarse tratamiento placentario y se solicita [PCR](#) en [líquido amniótico](#) después de la semana 20 de gestación para descartar infección fetal. Si la PCR es negativa se continúa tratamiento placentario durante todo el embarazo; si es positiva se inicia tratamiento pleno.

Si la IgG es positiva y no se tiene IgG preconcepcional, se solicita IgG dos semanas después, junto con [IgM](#), si los niveles de IgG permanecen estables y la IgM negativa se considera infección antigua, lo cual no requiere tratamiento.^{[3] [4]}

Si los títulos de IgG se duplican y la IgM es positiva, se confirma infección reciente: se inicia tratamiento placentario y se solicita PCR en líquido amniótico. Si los títulos de IgG se duplican y la IgM es negativa, se solicita IgA y nueva IgM (si

está disponible, puede realizarse el test de avidéz para IgG). Si los títulos son positivos para cualquiera, se inicia tratamiento placentario y se solicita PCR en líquido amniótico. Un resultado de IgA negativo no descarta la enfermedad y debe procederse a iniciar el tratamiento placentario y solicitar PCR en líquido amniótico.

Si la IgG es negativa y la IgM positiva, el examen debe repetirse a las tres semanas. Si la IgG es positiva, se demuestra toxoplasmosis reciente. Se justifica el tratamiento placentario y un diagnóstico prenatal. Si la IgG persiste negativa puede excluirse la infección por toxoplasma, excepto en pacientes [inmunosuprimidas](#), caso en el cual justifica también el tratamiento placentario y el diagnóstico prenatal.⁶¹

El diagnóstico definitivo de [infección congénita](#) in útero se hace al aislar el [parásito](#) de la sangre fetal o de líquido amniótico; en presencia de una PCR positiva en el líquido amniótico o de la IgM específica en sangre fetal positiva.

Diagnostico por [PCR](#)

Se debe solicitar [PCR](#) en [líquido amniótico](#) a las mujeres gestantes con sospecha de toxoplasmosis:

- [Seroconversión](#).
- Títulos en ascenso de [IgG](#).
- Títulos positivos de [IgM](#) o [IgA](#).

⁶¹ f Hohlfeld P; Piedermann K; Extermann P; Gyr T (1995). *Toxoplasmosis in pregnancy: Prevention, prenatal diagnosis and treatment*, pp. 62-69.

Se obtienen muestras de sangre fetal o de líquido amniótico entre las semanas 20-26 de gestación, para el aislamiento del parásito después de la inoculación al [ratón](#), lo cual establecerá el diagnóstico prenatal definitivo de infección fetal.⁶²

Diagnóstico ecográfico

La [ecografía](#) es un método de gran ayuda en el diagnóstico de toxoplasmosis y debe solicitarse, inicialmente con el estudio de PCR y, mensualmente, después de la semana 30 de gestación, para investigar compromiso fetal: [hidrocefalia](#), calcificaciones intracerebrales, aumento del grosor placentario, [ascitis](#), [RCIU](#), [microcefalia](#), [hepatomegalia](#), calcificaciones hepáticas e [hidrops fetal](#).

Tratamiento

Tratamiento placentario

En caso de confirmarse infección materna sin evidencia de infección fetal se inicia tratamiento con [espiramicina](#): a dosis de 9 Millones de U.I./día dividido en tres dosis. Este medicamento es muy efectivo contra el [Toxoplasma gondii](#) y si bien sus niveles en sangre del [cordón umbilical](#) sólo alcanzan 50% de los niveles séricos maternos, se concentra de manera importante en la [placenta](#), alcanzando niveles de hasta cuatro veces los niveles séricos maternos. La toxicidad de la espiramicina es mínima y no se le han comprobado efectos teratogénos

⁶² Matsui D (1994) «Prevention, diagnosis, and treatment of fetal toxoplasmosis» *Clin. Perinatol.* pp. 675-89.

El tratamiento con esta droga debe mantenerse a la dosis mencionada hasta el momento del parto.

Tratamiento pleno

Cuando se ha comprobado la infección fetal por medio de PCR en el líquido amniótico o por aislamiento del parásito en cultivo o inoculación al ratón o por diagnóstico serológico en sangre del cordón fetal, debe instaurarse el tratamiento pleno, que logra modificar el curso de la enfermedad y disminuir las secuelas fetales.

Antes de la semana 20 de gestación, por los peligros de teratogénesis, se usa Espiramicina a la dosis de 9 M.U.I./día, dividido en tres dosis desde el momento en el cual se hace el diagnóstico.

Después de las 20 semanas de Gestación se usa el esquema [Sulfadiazina](#) + [pirimetamina](#) + [ácido fólico](#), de la siguiente manera:

- Sulfadiazina: 50-100 mg/k peso/día (3-4 gm/día), fraccionada en cuatro dosis diarias.
- Pirimetamina: 1 mg/k/día (máximo 75 mg/día).
- [Ácido fólico](#): 5 a 20 mg/día⁶³

⁶³ Vergani P (1998) «Congenital toxoplasmosis: efficacy of maternal treatment with Spiramycin alone» *Am J. Reprodu Immunol.* Vol. 39. pp. 335-40.

Se inicia en la semana 20 y se continúa ininterrumpidamente hasta 2 semanas antes de la fecha probable del parto. Un esquema alternativo es [Sulfadoxina](#) 500 mg + Pirimetamina 25 mg (Nombre comercial “Falcidar” o “Methipox”) 3 tabletas cada 4 días durante todo el embarazo desde la semana 20 hasta dos semanas antes de la fecha probable del parto; asociado a Ácido Folinico 10 a 20 mg/día durante todo el embarazo.

También en casos de no disponibilidad de Sulfadoxina, sulfadiazina o pirimetamina, intolerancia a las [sulfas](#) o mayor seguridad en el tratamiento, se puede combinar espiramicina, con sulfadoxina, pirimetamina, ácido folinico o [clindamicina](#) último se puede utilizar un esquema combinado⁶⁴

⁶⁴ Ibidem PP.335,40



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



GUÍA PARA LA VALORACIÓN DEL EMBARAZO CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Camelia Rivera Ayala UNIDAD: Tepeztlan FECHA: _____
 CÉDULA: 4 Exo-2150 SERVICIO: _____ GRUPO SANGUINEO: _____ RH: _____
 EDAD: 26 ESTADO CIVIL: casada OCUPACIÓN: Hogar ESCOLARIDAD: secundaria
 DOMICILIO: Alameda 477 Barrio San José TELEFONOS: _____
 LUGAR DE ORIGEN: Tepeztlan SEMANAS DE AMENORREA: _____ FAMILIAR RESPONSABLE: España

NECESIDADES FUNDAMENTALES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 POR MINUTO DISNEA: RINITIS: GRIPE: ASMA:
 TOS: ORTOPNEA: CIANOSIS UNGUEAL: CIANOSIS BUCAL: OTROS: _____

2. NECESIDADES NUTRICIONALES

PESO ANTES DEL EMBARAZO: 58 KG PESO ACTUAL: 79 KG TALLA: 1.53
 HEMOGLOBINA: 13.9 HEMATOCRITO: 41.9 COLESTEROL: _____ TRIGLICERIDOS: _____

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL DIARIO: CADA TERCER DÍA: CARACTERÍSTICAS: _____ USO DE LAXANTES:
 ELIMINACIÓN VESICAL: HORARIO: _____ CARACTERÍSTICAS: _____

4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO

CARDIACO

FRECUENCIA CARDIACA: 80 POR MINUTO TENSIÓN ARTERIAL: 110 / 70 mmHg
 ALTERACIONES CARDIACAS: _____ PATOLOGÍA CARDIACA: _____ CARACTERÍSTICAS: _____
 FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 121-150 151-160 110 Y MENOS: 161 Y MÁS:
 INTENSIDAD: _____ RITMO: _____ ALTERACIONES: _____
 MOTILIDAD FETAL ESPONTÁNEA: MOTILIDAD FETAL CON ESTÍMULO: HIPOMOTILIDAD:
 VALORACIÓN DE LA RESPUESTA FETAL: REACTIVA: NO REACTIVA: BRADICARDIA: TAQUICARDIA:

CEREBRAL

CEFALEA: TEMBLORES: DEPRESIÓN: ANSIEDAD: INSOMNIO: 39
 NIVEL DE CONCIENCIA: CONSCIENTE: SEMICONSCIENTE: INCONSCIENTE:
 RESPUESTA PUPILAR: NORMAL: MIDRIASIS: MIOSIS: ANISOCORIA:
 APERTURA DE OJOS: ESPONTÁNEA: CON ESTÍMULO:
 RESPUESTA VERBAL: CONGRUENTE: INCONGRUENTE:
 RESPUESTA MOTORA: VOLUNTARIA LIMITADA: IMPOSIBILITADA: CONVULSIONES:

PERIFÉRICO

PULSO RADIAL: AUSENTE: DÉBIL: NORMAL: FUERTE:
 COLOR DE LA PIEL: PALIDEZ: CIANOSIS: ICTERICIA: RUBOR: CLOASMA:
 LLENADO CAPILAR: NORMAL: DISMINUIDO:
 CRECIMIENTO DE MAMAS: TURGENTES: PEZÓN INVERTIDO: PEZÓN PLANO: PEZÓN NORMAL:
 CRECIMIENTO UTERINO: 31 ALTURA DE FONDO UTERINO: 30 ACTITUD: _____
 PESO FETAL POR VALORACIÓN DE JHONSON TOSHACH: 2500-3499 GR: 2000-2499GR: 3500-3999GR:
 MENOS 2000: 4000 Y MÁS:
 PRESENTACIÓN FETAL: Longitudinal POSICIÓN FETAL: Cefalica SITUACIÓN FETAL: _____
 PRODUCTO ÚNICO: 2 ó MÁS PRODUCTOS:

TRABAJO DE PARTO

FECHA Y HORA INICIO TRABAJO DE PARTO: _____ REGISTROS Y SEGUIMIENTO EN PARTOGRAMA:
 PARTO ESPONTÁNEO: INDUCIDO: CONDUCIDO: OXITOCINA: OXITOCINA Y OTROS:
 NACIMIENTO POR CESAREA: PROGRAMADA: URGENCIA:
 DILATACIÓN CERVIX CADA HORA: 1-2: 3 Y MÁS: ESTACIONARIA:
 EVOLUCIÓN DE LA GRÁFICA DE FRIEDMAN: FASE LATENTE: FASE ACTIVA: FASE DE DESACELERACIÓN:
 ACTIVIDAD UTERINA CONTRACCIONES: FRECUENCIA EN 10 MINUTOS: -3: 3-4: +5: DURACIÓN SEG.: 40-60: 61-90: +90:
 INTENSIDAD: NORMAL: BAJA: ELEVADA: TONO: NORMAL: HIPOTÓNICO: HIPERTÓNICO:
 VALORACIÓN DE LA PELVIS: ÚTIL: LÍMITE Ó DUDOSA: DESPROPORCIÓN:
 PELVIMETRÍA INTERNA: NO SE TOCA PROMONTORIO: SE TOCA SEGUNDA SACRA: SE TOCA EL PROMONTORIO:
 PELVIMETRÍA EXTERNA: BICIÁTICO DE 9 ó MÁS cm: BICIÁTICO DE 7 A 8 cm: BICIÁTICO MENOR DE 7 cm:

1. FORMATO ELABORADO POR: LIC MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ



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



9

GUÍA PARA LA VALORACION DEL EMBARAZO CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

PERTURBA DE OJOS: ESPONTÁNEA CON ESTÍMULO
 RESPUESTA VERBAL: CONGRUENTE INCONGRUENTE
 RESPUESTA MOTORA: VOLUNTARIA LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES
 REFLEXO PERIFÉRICO: DÉBIL NORMAL FUERTE
 PULSO RADIAL: AUSENTE CIANOSIS ICTERICIA RUBOR CLOASMA
 COLOR DE LA PIEL: PALIDEZ DISMINUIDO
 TENDIDO CAPILAR: NORMAL
 CRECIMIENTO DE MAMAS: TURGENTES PEZÓN INVERTIDO PEZÓN PLANO PEZÓN NORMAL
 CRECIMIENTO UTERINO: ALTURA DE FONDO UTERINO 30cms ACTITUD
 PRESENTACION FETAL Cefálica POSICIÓN FETAL Vertical SITUACIÓN FETAL
 CONTRACCIONES INDOLORAS CONTRACCIONES BRAXTON HICKS
 MUSCULO ESQUELETICO: DEFORMIDADES ÓSEAS DEFORMIDADES ARTICULARES DEFORMIDADES MUSCULARES
 MIGRAJAS ARTRALGIAS VARICES ESCOLIOSIS
 REGULACIÓN FÍSICA: MENARCA 13 AÑOS RITMO 30 x 5 FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN _____
 ACTIVIDAD DEAMBULACIÓN CAMINA 20 MINUTOS DIARIAMENTE SUBE 20 ESCALONES LABORES DIARIAS
 REFIERE FATIGA/DEBILIDAD CUANDO: NO REFIERE FATIGA EN NINGUN EJERCICIO
 EJERCICIO QUE PRACTICA REGULARMENTE: CAMINA NATACIÓN AERÓBIC'S OTROS (Especifique) _____
 ACTIVIDADES A LAS QUE DEDICA EL TIEMPO LIBRE: Hogar

5. NECESIDAD DE DESCANSO

REPOSO: CUANTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE: CUANTAS HORAS DUERME POR EL DÍA: DESCANSO _____
 QUÉ APOYO UTILIZA PARA DORMIR: _____
 HABITUALMENTE AL DESPERTAR SE SIENTE: CANSADA TENSA SOMNOLIENTA DESCANSADA

6. NECESIDAD DE HIGIENE

BAÑO FRECUENCIA Diario LAVADO DE MANOS FRECUENCIA _____ PEINADO _____
 LAVADO Y CEPILLADO DE DIENTES FRECUENCIA 3 veces CORTE DE UÑAS FRECUENCIA _____
 CAMBIO DE ROPA TOTAL FRECUENCIA Diario CAMBIO DE ROPA PARCIAL FRECUENCIA _____

7. NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

TEMPERATURA CORPORAL 36 °C POCA TOLERANCIA AL FRIO POCA TOLERANCIA AL CALOR

8. NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL

INTEGRIDAD TISULAR: HIPERPIGMENTACION LOCALIZADA EN _____ ACNÉ DERMATITIS _____
 ESTRÍAS: PRESENTES AUSENTES LOCALIZACIÓN En vientre
 EPISIOTOMÍAS: NÚMERO _____ MOTIVO _____ FECHA DE LA MAS RECIENTE _____
 OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS (Describir: Tipo, Fecha y Motivo) _____

9. NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

SU SITUACION DE SALUD ACTUAL HA ALTERADO: AGUDEZA VISUAL AGUDEZA AUDITIVA OLFATO
 TACTO HIPOACUSIA HIPERSENSIBILIDAD GUSTO
 SISTEMAS DE APOYO QUE UTILIZA: LENTES PRÓTESIS: LENTES DE CONTACTO PROTESIS DENTAL
 PATOLOGIAS:
 DIABETES NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA INSULINO DEPENDIENTE HIPOGLUCEMIANTES
 HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMIC NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 CARDIOPATIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 NEFROPATIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 EPILEPSIA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 ENFERMEDAD TIROIDEA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 NEOPLASIAS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 RETRASO MENTAL NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 ALTERACIONES DE SALUD MENTAL NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 TOXOPLASMOSIS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 SIFILIS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 RUBEOLA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____

FORMATO ELABORADO POR: LIC MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

2/4



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



3

GUÍA PARA LA VALORACION DEL EMBARAZO CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

ITOMEGALOVIRUS NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 ERPEZ NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 IDA NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 SERVICIO VAGINITIS NO SI LEUCORREA ARDOR VAGINAL COMEZÓN

REVISION DE ENFERMEDADES CON VACUNAS
 ACUNA CONTRA DE SARAMPION RUBEOLA AÑO 2009 TOXOIDE TETANICO NO 1 DOSIS 2 DOSIS

ANTECEDENTES OBSTETRICOS
 GESTAS 03 PARTOS 01 CESAREAS - ABORTOS 01 NACIDOS MUERTOS _____
 FECHA DE LA ULTIMA GESTA _____ HIJO MALFORMADO _____ HIJO DE 4000 G Y MAS _____ CONSANGUINIDAD _____

EMBARAZO ACTUAL
 HIPERTENSION DEL EMBARAZO NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS _____
 REFIERE LOS SIGUIENTES SINTOMAS: ACUFENOS FOSFENOS CEFALEA AMAUROSIS
 EDEMA: PRETIBIAL MALEOLAR MANOS GENERALIZADA
 SIGNO DE GIORDIANO SIGNO DE GODETE ANASARCA
 AMENAZA DE ABORTO NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____
 AMENAZA PARTO INMADURO NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____
 AMENAZA PARTO PRETERMINO NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____
 HEMORRAGIA TRASVAGINAL NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____
 RUPTURA DE MEMBRANAS NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____
 CUADRO INFECCIOSO NO SI CAUSA _____ ACTIVO _____ SEMANAS DE GESTACION _____
 CONTROL PRENATAL: No. DE CONSULTAS 4 LUGAR TEPETITON PERIODICIDAD 9 Mes

AFRONTAMIENTO
 RECIBE APOYO PARA EL CUIDADO DE SUS HIJOS: SI NO
 DE QUIEN LO RECIBE: PADRES PAREJA HIJOS FAMILIAR OTROS

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO
 ALCOHOLISMO: POSITIVO NEGATIVO FRECUENCIA: CASUAL SOCIAL FRECUENTE
 EMBRIAGUEZ: SI NO PERTENECE A ALGUN GRUPO DE AUTOAYUDA (Especifique) _____
 TABAQUISMO NÚMERO DE CIGARRILLOS AL DÍA _____ TOXICOMANIAS _____

AUTOESTIMA
 CONCEPTO DE UNO MISMO: COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL BUENO MALO GRAVE
 QUÉ HA HECHO PARA MEJORARLO Y/O PARA PREVENIR COMPLICACIONES NADA LECTURA DE GUIAS DE AUTOCUIDADO
 ATENDER CONSEJOS DE FAMILIARES Y AMIGOS SEGUIR INDICACIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD

ADAPTACION
 LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR SU ESTADO ACTUAL LE AFECTAN EN LA FORMA EN QUE SIENTE, PIENSA O VE A SÍ MISMO
 NO SI LO ANTERIOR LE PRODUCE: ALEGRÍA INDIFFERENCIA DESESPERANZA
 SIGNOS DE DUELO: LLANTO DESESPERACION ENOJO
 HOSTILIDAD HACIA LAS PERSONAS SANAS REHUSA VERSE EN EL ESPEJO
 CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA: ALCOHOL DROGAS AUTOLESIONES
 QUÉ LIMITACIONES PIENSA QUE LE ACARREARÁ SU PROBLEMA ACTUAL:
 EN LA FUNCIÓN SEXUAL EN SU ROL FAMILIAR EN SU ROL LABORAL

PARTICIPACION
 SEGUIMIENTO DE REGIMENES SANITARIOS NO SI
 EN EL PASADO, CUÁLES _____
 ACTUALMENTE CUÁLES _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE
 1.- FUNCIÓN VERBAL NORMAL — CON DIFICULTAD INCAPAZ
 2.- FUNCIÓN NO VERBAL CAPAZ INCAPAZ

11. NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES
 JUICIO
 SU EMBARAZO ACTUAL FUE: PLANEADO NO PLANEADO
 ALGUNA VEZ PENSO EN EL ABORTO NO SI QUÉ LE HIZO CAMBIAR DE OPINIÓN _____
 ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA NO SI
 DESPUES DE ESTE EMBARAZO CUÁL MÉTODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD ELEGIRÁ (Especifique) DIU

EMOCIONAL, INTEGRIDAD Y ESTADO
 PARA DUELO ANTE UNA PÉRDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:
 TRISTEZA DEPRESIÓN TEMOR NEGACIÓN CULPA
 ANTE LA POSIBLE PÉRDIDA DE UN ÓRGANO, FUNCIÓN O PERSONA (DUELO PREVISTO O ANTICIPADO), LA PACIENTE EXPRESA:
 FORMATO ELABORADO POR: LIC MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

3/4



GUÍA PARA LA VALORACIÓN DEL EMBARAZO CON MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

AFLICCIÓN CULPABILIDAD ENOJO TRISTEZA
 CAMBIO EN PATRONES DE: SUENO ALIMENTACIÓN SOCIALES DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO
 TEMOR; EN LA ETAPA PERINATAL LA PACIENTE PRESENTA: TENSIÓN MUSCULAR FATIGA GRITOS
 DEFICIENCIA DE ATENCIÓN DEFICIENCIA DE CONTROL TAQUICARDIA HIPERTENSIÓN
 EXPRESIÓN FACIAL Y POSTURA QUE CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DEL TEMOR FALTA DE CONCENTRACIÓN
 INFORMACIÓN VERBAL DE LA ANGSTIA DIAFORESIS DISNEA IRRITABILIDAD ANOREXIA

12. NECESIDAD DE REALIZACIÓN

PATRON DE SEXUALIDAD _____
 RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU ESTADO ACTUAL: RECHAZO ACEPTACIÓN INDIFFERENCIA
 RESPUESTA HACIA LA PAREJA: FELIZ LO IGNORA ENFADO INDIFFERENCIA
 BUSCA CONTACTO FÍSICO CON EL PADRE SI NO
 PRESENTA CONTACTO OCULAR POSITIVO HACIA EL PADRE SI NO
 SU PADECIMIENTO ACTUAL HA CONDICIONADO: CAMBIOS EN SUS RELACIONES SEXUALES NO SI
 DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO NO SI DISPAURENCIA NO SI
 RECHAZO A LA PAREJA NO SI RECHAZO PROVENIENTE DE LA PAREJA NO SI

DESEMPEÑO DEL ROL

ROL QUE DESEMPEÑA EN EL HOGAR:
 RESPONSABLE DEL SUSTENTO FAMILIAR NO SI DEPENDE DE OTRO FAMILIAR NO SI

SOCIALIZACIÓN

LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACEPTAN SU ESTADO ACTUAL SI NO
 VIVE CON PAREJA PADRES HIJOS SOLA OTROS

PARENTESCO	EDAD	SEXO	ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS ALLEGADAS
Esposo Emiliano Flores	31a	Mar	Mejor
Hijo Emiliano Flores	5a	Mar	Sano
Hijo Flores Pineda	1 m	Mar	Sano

13. NECESIDAD DE RECREACIÓN

ACTIVIDAD DEPORTIVA NO FRECUENCIA _____ GRADO DE DISFRUTE _____
 ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO NO FRECUENCIA _____ GRADO DE DISFRUTE _____
 ACTIVIDAD CULTURAL NO FRECUENCIA _____ GRADO DE DISFRUTE _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

CONOCIMIENTO.

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

DE QUIÉN HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO ACTUAL MÉDICO ENFERMERA PARTERA
 FAMILIARES AMISTADES OTROS _____
 LA INFORMACIÓN QUE HA RECIBIDO HA SIDO: CLARA COMPLETA CONFUSA INCOMPLETA
 EN QUÉ ASPECTOS REQUIERE MÁS INFORMACIÓN: ALIMENTACIÓN EJERCICIO LACTANCIA
 HIGIENE SEXUALIDAD CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO EN IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA:
 CEFALEA EDEMA ACUFENOS FOSFENOS SANGRADO TRASVAGINAL
 RUPTURA DE MEMBRANAS FALTA DE MOTILIDAD FETAL INICIO TRABAJO DE PARTO
 SI HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PARTO PSICOPROFILÁCTICO, SEÑALE LAS TÉCNICAS: DE RELAJACIÓN
 RESPIRATORIA PARA AUMENTAR TOLERANCIA AL DOLOR _____

DISPONIBILIDAD

SI ESTÁ PROGRAMADA PARA CIRUGÍA: COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE INTERVENCIÓN SI NO
 DEMUESTRA DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN: CUIDADO DE LOS HIJOS DEAMBULACIÓN TEMPRANA
 LACTANCIA MATERNA EDUCACIÓN ALOJAMIENTO CONJUNTO TRATAMIENTO MÉDICO
 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR _____ NIVEL DE PREPARACIÓN ACADÉMICA _____
 CURSO PSICOPROFILAXIS NO SI

ORIENTACIÓN

TIEMPO (SABE QUE FECHA ES HOY) SI NO LUGAR (SABE EN DONDE SE ENCUENTRA) SI NO

PERSONA (MENCIONE SU NOMBRE COMPLETO) Camelia Rivera Ayala

MEMORIA INTACTA SÓLO RECIENTE SÓLO RETROGRADA

RESPONSABLE DE LA VALORACIÓN Enferm. Sonia Berzagán Cortés

Camelia Rivera Ayala Camelia Rivera A.

ANEXO III

GLOSARIO DE TERMINOS

SALUD

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

ENTORNO

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

PERSONA (PACIENTE)

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

ENFERMERIA

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

TOXOPLASMOSIS

Es una [enfermedad](#) infecciosa ocasionada por un protozoo [parásito](#) que se llama [Toxoplasma gondii](#), un [parásito](#) intracelular obligado

ZOONOSIS

Se transmite habitualmente desde los animales a los seres humanos a través de diferentes vías de contagio, siendo los [hospedadores](#) definitivos el [gato](#) y otras 6 especies de felinos.

HUESPED

Persona o animal que alberga a un agente o comensal. También suelen utilizarse los términos hospedador, hospedero y mesonero.

QUISTES

Forma inmóvil de resistencia y de multiplicación, envuelta por una doble membrana formada por los protozoos.

OOQUISTES

Forma quística que contiene el cigoto resultante de la esporogonia en los Apicomplexa y los cuales pueden estar cubiertos por una envoltura translúcida (Isospora) o estar desnudos (Plasmodium).

INMUNOLOGIA

Suma de conocimientos relativos a la inmunidad

ODINOFAGIA

Deglución dolorosa

CORIORRETINITIS

Inflamación de la coroides y la retina

INMUNIDAD

Estado del organismo natural o provocado, que le hace impropio para contraer una enfermedad particular

ANTICUERPOS

Sustancia específica de la sangre y líquidos de los animales inmunes producida como reacción a la introducción de un antígeno y que ejerce una acción antagónica específica sobre la sustancia por cuya influencia se ha formado

LEPTOSPIROSIS

Estado morbosos producido por espiroquetas del género leptospira

SUSCEPTIBLE: Persona o animal que carece de resistencia contra un agente patógeno y que en consecuencia puede contraer la enfermedad si se expone a la infección por dicho agente.

MECANISMO DE TRANSMISION: Las circunstancias mediante las cuales el parásito pasa de un huésped a otro.