



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



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA MUJER EMBARAZADA
CON ALTERACIÓN NUTRICIONAL POR EXCESO RELACIONADO CON APORTE DE
CARBOHIDRATOS Y GRASAS MANIFESTADO POR: PESO CORPORAL SUPERIOR
AL 50% SEGÚN LA TALLA, SEDENTARISMO, Y POLIFAGIA CON BASE EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Que para obtener del título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

PRESENTA:

HERNÁNDEZ GUZMÁN PATRICIA

N° CUENTA:

406115184

ASESORA DEL TRABAJO:

LIC. MA. AURORA GARCIA PIÑA

México D.F., SEPTIEMBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A todas las Personas que participaron para realizar este trabajo.

A mis Padres Guadalupe Guzmán Hernández y Eduardo Hernández Campos que siempre me han dado su apoyo incondicional.

Para mi Hijo Josué quien es mi motor es mi referencia para el presente y el futuro

A mi Amiga María Alejandra Bonilla de Jesús quien siempre me ha impulsado, me ha enseñado a seguir adelante.

A mi asesora del Trabajo Aurora García Piña por su Confianza y Apoyo.

A todos ellos muchas gracias.

INDICE

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Introducción | 1 |
| II. | Justificación | 3 |
| III. | Objetivos | 4 |
| IV. | Metodología | 5 |
| V. | Marco teórico | 6 |
| | 5.1 Definición de Enfermería | |
| | 5.2 Evolución Histórica del Cuidado de Enfermería | 10 |
| | 5.3 Conceptos básicos del Modelo de Virginia Hendersón | 16 |
| | 5.4 Fisiología Materna Durante el Embarazo | 24 |
| VI. | Presentación del Caso Clínico | 28 |
| | 6.1 Exploración física de enfermería | |
| VII. | Desarrollo del Proceso | 32 |
| | 7.1 Valoración de Necesidades | |
| VIII. | Conclusión Diagnóstica | 40 |
| | 8.1 Plan de Cuidados | 42 |
| IX. | Conclusiones y Sugerencias | 50 |
| X. | Bibliografía General | 51 |
| XI. | Glosario de terminos | 53 |
| XII | Anexos | 55 |
| | 12.1 Fisiopatología de la obesidad | 56 |
| | 12.2 Plan de Alta | 57 |
| | 12.3 Instrumento Metodológico para la atención de Enfermería (Modelo de Virginia Henderson) | 59 |

I. Introducción

La obesidad es un factor de riesgo materno para preeclampsia y diabetes gestacional (cuyas prevalencias siguen aumentando) malformaciones congénitas, defectos al nacimiento y muerte fetal. Uno de los factores relacionados con la obesidad es la retención de peso ganado durante el embarazo y la excesiva ganancia de peso durante éste empeora la obesidad materna. El embarazo es una de las etapas más demandantes de la vida, porque suceden cambios fisiológicos y adaptaciones del metabolismo que mejoran la utilización de los nutrimentos por parte de la madre y su hijo debe asegurarse que el consumo de macro y micronutrimentos satisfaga los requerimientos nutricios de la madre durante esta etapa y promover que la ganancia de peso sea adecuada, no excesiva. El 51% de las mujeres mexicanas en edad reproductiva tienen sobrepeso u obesidad lo que indica que más de la mitad de éstas inician el embarazo con exceso de peso.¹

Por lo tanto las actividades de enfermería deben diseñarse para cubrir las necesidades humanas que se han deducido con base en el problema de la persona, con el fin de determinar e iniciar las actividades, el profesional de enfermería, debe centrarse en conocimientos científicos así como en el dominio de las dimensiones del ejercicio de enfermería.

Para que el profesional de enfermería pueda otorgar un cuidado integral e implementar un Proceso Atención de Enfermería individualizado es importante tomar en cuenta la *valoración* de la persona iniciando con el análisis de las principales necesidades detectadas de donde surgirán posteriormente los diagnósticos de enfermería, que refleja una forma de usar criterios clínicos para recordar y aplicar la información, con objeto de satisfacer las necesidades individuales de la persona y con ello proporcionar un sistema completo de cuidados de enfermería.

¹ O.Perichart, M,Balas,Esshiffman, M Serrano, (2006) Impacto de la obesidad en el estado nutricional de mujeres embarazadas en la ciudad de México. Medigraphic Artemisa, Vol 74,p11.

El contenido del presente trabajo describe a través del Proceso Enfermero las acciones enfocadas a cubrir necesidades con dependencia, se abordan de manera general las principales causas, se desarrollan las diferentes etapas del Proceso de Enfermería de manera concreta e individualizada, realizando una valoración en la que se reúne información objetiva y subjetiva de la persona, en los diagnósticos enfermeros se identifican los problemas o posibles problemas validándose mediante el pensamiento crítico y así se construyen los diagnósticos de enfermería para poder llegar a la etapa de planeación en la que se plantea la solución de los problemas identificados que y se describe conforme a objetivos específicos, individualizados y mensurables. La ejecución es tan importante como el resto de las etapas, se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento de la persona tan importantes como en las dos anteriores: planteamiento y diagnóstico, sin embargo cuando se hace evaluación a la vez que se realizan las actividades, esto puede tener varios fines adicionales. La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el PAE (Proceso Atención de Enfermería). La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones. Una evaluación cuidadosa, crítica y detallada de los diferentes aspectos del cuidado de enfermería es la clave para lograr la excelencia en la provisión de los cuidados y el mejoramiento continuo de los servicios de salud.

El presente trabajo tiene como propósito dar a conocer un Proceso de atención de enfermería a una persona con obesidad materna basado en el modelo de Virginia Henderson, abarcando las necesidades más importantes que debe conocer la persona con la finalidad de evitar embarazos de alto riesgo y con ello llevar una vigilancia prenatal más estrecha evitando al máximo complicaciones causadas por esta enfermedad.

II. Justificación

La Organización Mundial de la Salud estima que se producen 1500 muertes maternas por complicaciones del embarazo y el parto, 10 000 muertes de niños de menos de un mes, e igual número de muertes intrauterinas. La obesidad tiene una incidencia de 6 a 28% en el embarazo.²

Las complicaciones maternas que causa incluyen: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, padecimientos tromboembolíticos y respiratorios, además de mayor porcentaje de cesáreas e infecciones. La obesidad materna ocasiona en el feto malformaciones, anormalidades del crecimiento, prematuridad, distocia de hombros y potencial obesidad infantil; incluso, el riesgo de mortalidad fetal es de 1.4 a 2.6 veces mayor que en mujeres embarazadas con peso normal. En algunos estudios sobre mujeres embarazadas se ha confirmado la relación entre los defectos del tubo neural y la obesidad materna. La Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud clasifican al peso de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) en Kg/m², es bajo cuando el IMC es menor de 18.5; es normal cuando es de 18.5 a 24.9; sobrepeso si es de 25 a 29.9 y obesidad si es mayor de 30.

Por lo tanto es de suma importancia que los profesionales de la salud se informen acerca de la forma en que se atiende a la salud de la madre, y de los resultados de la atención materna infantil, de tal manera que la parte fundamental del equipo multidisciplinario, es la enfermera la que dirige, valora, diagnostica, prevee el control prenatal de los nueve meses de embarazo y hasta el nacimiento con la finalidad de dirigir de manera casi idéntica, hacia dos personas: la madre gestante, y el feto/recién nacido, el profesional de enfermería, hace hincapié en la integridad de la unidad familiar y percibe al parto como un proceso fisiológico normal por lo que se requiere disminuir las complicaciones y evitar al máximo posibles secuelas, educar a la mujer gestante, a la familia y a la comunidad, teniendo como principal objetivo reducir la mortalidad materna.

² Romero G, G, y Col, (2006) Morbilidad materno fetal en embarazadas obesas. México, Vol 74, No 9, p4.

III. Objetivos

GENERAL

Proporcionar una herramienta informática que puede ayudar al personal de enfermería en la atención integral a una mujer embarazada con alteración nutricional, en la que se describan las principales necesidades y con ello aplicar el Proceso Atención de Enfermería, con base en el modelo de Virginia Henderson.

ESPECÍFICOS

Diseñar y elaborar un registro de valoración, en el que se realiza un análisis del proceso de atención de enfermería y fundamentar la relación entre los conceptos básicos adoptando el modelo de Virginia Henderson.

Mejorar la calidad de los cuidados detectando los principales diagnósticos enfermeros y con ello establecer un plan de cuidados estandarizado y así favorecer la continuidad en la atención de pacientes embarazadas con obesidad.

IV. Metodología

Límites:

Tiempo. Su implementación se realizó durante la estancia de la paciente.

Lugar. Servicio de Embarazo de Alto riesgo de la unidad de Gineco-Obstetricia del H.G.M.

La aplicación del Proceso en la persona incluye las **cinco etapas con las siguientes características:**

- Se realiza una valoración utilizando fuentes de información directas (persona) e indirectas (expediente clínico, datos de laboratorio, personal de salud del servicio y bibliografía) con lo que se valida esta información. Cabe señalar que se utilizó el instrumento de valoración de necesidades de Virginia Henderson.
- Los diagnósticos de enfermería se realizan con la taxonomía **NANDA (North American Nursing Diagnosis Asociación)**, por lo que su estructura incluye la etiqueta diagnóstica y los factores relacionados para problemas potenciales y además características definitorias para problemas reales de salud.
- Las etapas de planificación, intervenciones y evaluación se instituyen en el plan de cuidados, en el que se busca proyectar el cuidado integral que le otorgo a la paciente durante su hospitalización. Donde se señalan objetivos concretos que involucran la participación de la paciente y su esposo. Así mismo es necesario señalar que esta se realiza en función de los recursos disponibles y consecuentemente se ejecuta lo planeado.
- Finalmente la evaluación refleja el alcance de objetivos, en este caso la participación del equipo de salud y de la paciente, quien se fue de alta por mejoría. No obstante ante la necesidad de promover en la paciente estilos de vida saludables se le proporcionó un plan de alta que enfatiza en la modificación de estos para regular la presión arterial y con ello llevar el embarazo a término en las mejores condiciones de salud para la paciente y el producto.

V. MARCO TEORICO

5.1. Definición de Enfermería

La primera definición de enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859. En **las notes on nursing** se definía a la enfermería como la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermería tiene que hacer es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.³

Por otro lado el término anglosajón **nurse** con el que se designa a la enfermería se deriva de palabras latinas tales como nutriré (alimentar y nutrix) mujer que cría. Conforme la sociedad fue evolucionando, estas palabras fueron ampliando su significado para adaptarlo a las nuevas realidades que iban surgiendo, tales como la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras (nodrizas.)

La palabra enfermería es mucho más reciente pues es coetánea del término enfermedad (infirmidad) define de forma mucho más concreta la actividad del cuidador restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (cuidador de enfermos/enfermero-a).

En consecuencia, cabe afirmar que desde los orígenes del hombre, las actividades de enfermería tienen su reflejo en los cuidados más elementales que son relacionados con la supervivencia: los cuidados durante el parto, la crianza la lactancia, y el destete.

El surgimiento de la historia de la enfermería profesional empieza con Florence Nightingale, fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos tras los años en que organizaba servicios y cuidaba a los heridos en la guerra de Crimea, su idea y la creación de una escuela en el hospital Santo Thomas de Londres fijó el nacimiento de la enfermería moderna. Las actividades pioneras de Nightingale en la práctica enfermera y sus escritos posteriores sobre enfermería sirvieron como guía para establecer escuelas de enfermería en Estados Unidos a principios del siglo XX. Durante el siglo pasado, la enfermería empezó con fuerte énfasis en la práctica. En este tiempo las enfermeras

³ Iyer P.W. Proceso y Diagnostico de Enfermería, 3 ed., México (1998), p 2.

trabajaron para el desarrollo de la profesión en lo que se ha visto en las sucesivas etapas históricas.

Collier (1993), plantea que cuidar es ante todo un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca. Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la perdida de autonomía esta ligada a la edad. La curva de los cuidados que tienen que ser necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de los cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia. En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidado en determinadas circunstancias pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados.⁴

En esta etapa del currículo la pregunta fue que deberían estudiar las aspirantes para convertirse en enfermeras. En esta etapa el énfasis se puso en los cursos que deberían realizar para alcanzar un currículo estandarizado. A mediados de la década de 1930 se publico un currículo estandarizado. Sin embargo en esta época también surgió la idea de trasladar la formación de las enfermeras, diplomatura desarrollada sobre todo un ámbito hospitalario, a las universidades. Por otra parte la visión que tenía Nightingale ha prevalecido durante mas de un siglo y el desarrollo de la teoría en enfermería ha evolucionado de manera rápida durante las cuatro últimas décadas lo que llevo medicina, describió que la función propia de una enfermera era el hecho de poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza (Dios) actuara sobre él o ella.

Implementó la idea de que la enfermería se basaba en el conocimiento de las personas y de su entorno, lo que suponía una base de conocimiento distinta a la que utilizaban los médicos en su práctica.

⁴ Colliere F.M, Promover la vida, España (1993), p 234.

Aunque algunos líderes de la enfermería aspiraban a que esta llegara a convertirse en una profesión y una disciplina académica, la práctica de la enfermería continuó reflejando una herencia vocacional más que una visión profesional. La transición de vocación a profesión incluyó la búsqueda de un cuerpo de conocimientos sustancial en el cual basar la práctica enfermera. A mediados de la década de 1970 una evaluación de 25 años de investigación en enfermería reveló que esta carecía de conexiones conceptuales y de marcos teóricos.

La Toma de conciencia de la necesidad del desarrollo de conceptos y de una teoría coincidió con la aparición de otros dos hitos para la evolución de la teoría de la enfermería:

La estandarización de programas educativos para masters en enfermería mediante los criterios de la **National League for Nursing** y la decisión de que los estudios de doctorado para las enfermeras deberían tratar de enfermería.

Los trabajos teóricos han llevado a la enfermería a un nivel profesional superior. El énfasis ha cambiado de centrarse en el conocimiento sobre como funcionan las enfermeras concentradas en el proceso enfermero a centrarse en lo que saben las enfermeras y en como utilizan lo que saben para guiar su pensamiento y su toma de decisiones mientras se centran en el paciente, con todo se da gran importancia a la profesión en el que no sólo la teoría es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es crucial para la práctica de la enfermería profesional, por lo que sin duda hoy la enfermería se reconoce como una profesión.

Estos criterios tienen valor histórico porque facilitan la comprensión del camino que ha seguido el desarrollo de la enfermería por lo que es importante que esta profesión siga siendo reconocida y respetada como disciplina erudita que contribuye a la salud de la sociedad. Finalmente y mas importante la teoría enfermera es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico, y la toma de decisiones en la práctica enfermera.

Finalmente es importante señalar que la enfermería es parte fundamental del equipo multidisciplinario que valora y proporciona cuidados de acuerdo a la priorización de necesidades fundamentando los cuidados de manera científica para evitar al máximo

posibles complicaciones y con ello brindar calidad de atención de manera holística por lo que se puede concluir que la enfermería es pensante capaz de tomar decisiones en la profesión que lo largo del tiempo ha evolucionado y perfeccionado la práctica de enfermería, por lo que es trascendental realizar investigación sin perder de vista que nuestro principal quehacer es el cuidado por lo que a continuación se da un panorama general de esta evolución de enfermería a través del tiempo.

5.2 Evolución histórica del Cuidado de Enfermería

Al realizar una visión histórica de enfermería es necesario identificar plenamente su naturaleza, la cual le ha permitido lograr una identidad propia. Su origen evidentemente, data desde comienzos de la humanidad y muchas de las bases que se generaron desde el principio siguen siendo aspectos medulares para su consolidación.

Uno de estos cimientos son las "estructuras" (tabla N°1), sobre las que se ha desarrollado su historia de forma permanente. Estas han sido conceptualizadas por Siles y consiste en tres estructuras básicas para realizar el seguimiento histórico de enfermería.

Tabla No. 1

| Estructuras para el estudio de la historia de la enfermería | | | |
|---|-----------------|--------------------|-------------------|
| Unidad funcional | Marco funcional | Elemento funcional | Evolución |
| Tribu | Campamento | Mujer | Prehistoria |
| Familia | Cueva | Hechicero | Antigüedad |
| Mitos (familia, dioses, curación) | Hogar | Bruja | Cristianismo |
| Gremio | Templo | Sacerdotisa | Edad media |
| Religión | Hospital | Dioses | Renacimiento |
| Ética y solidaridad | Xenodichia | Religiosa/o | Siglo de la luces |
| civil | Ambulatorio | Sirviente | Revolución XIX |
| Corporación, familia profesional | Centro A.P. | Auxiliar | Contemporánea |

Fuente: ⁵ citado por el material clasificación de las tecnologías del cuidado de la salud

"La **Unidad funcional** constituye la estructura y/o institución social y socializadora básica que influye en la forma de convivencia de sus miembros o elementos proyectándoles valores, conocimientos y actitudes." (Siles) Esta unidad ha variado y no

⁵Rivera.M.A. & León ,M,Hernandez R,Luna H, (2010) Clasificación de las Tecnologías del Cuidado de la Salud p,5,4,3,.

podemos omitirla en la historia de enfermería porque innegablemente se debe conocer el contexto, los mecanismos de interpretación y los medios de explicación que las personas atribuyen a su estado de salud, para realizar las intervenciones a partir de estas circunstancias.

El **Marco funcional** está determinado por el lugar, espacio o sitio donde tienen lugar los fenómenos relacionados con los cuidados de enfermería, permite identificar las características de estos escenarios.⁶

El actor responsable de llevar a cabo el proceso de enfermería es el **Elemento funcional**. Desde su origen la enfermería se ha vinculado con los cuidados de alimentación y supervivencia, las actividades se asignaban de acuerdo al criterio de división sexual, siendo la mujer quien realizaba labores de cuidado.

Es indudable que estas estructuras han permanecido a lo largo de la historia de la enfermería, esto en virtud de que a pesar del cambio constante y permanente de la profesión siguen siendo aspectos medulares en la atención de enfermería. Los cuidados deben dirigirse a las personas, familias y/o comunidades respetando hasta donde sea posible su contexto, sus creencias y valores. No obstante, también es importante anotar que este elemento funcional ha modificado su perfil, ya que la enfermería ha pasado de una práctica empírica a una práctica profesional

Ahora bien, a partir de la identificación de estas estructuras. Siles señala que se pueden definir cuatro grandes fases de la enfermería:

- a) Tribal-doméstica
- b) Religioso-institucional
- c) Preprofesional
- d) Profesional

Se trata de una división genérica, dado que algunas de estas fases siguen vigentes, como la Religioso-institucional que controla instituciones donde se ofrecen cuidados de enfermería. La fase Tribal- doméstica que caracteriza algunas tribus en zonas

⁶ Rivera. M.A. & León ,M, Hernández R ,Luna H, (2010)et al. Clasificación de las Tecnologías del Cuidado de la Salud p,8,6,5,

subdesarrolladas. Finalmente la profesionalización no es uniforme en todos los países e incluso puede ser heterogénea en un mismo país.

La necesidad de explorar el pasado se fundamenta básicamente en la importancia que tiene para el hombre comprenderse a sí mismo, esto lleva a cualquier disciplina a identificar sus bases filosóficas.

En términos generales la filosofía abarca tres elementos: conocimiento, valores y el ser o creencias del individuo sobre su existencia. Estos aspectos deben prevalecer en el ejercicio de enfermería, porque además se pueden relacionar directamente con el Proceso: el conocimiento se basa en el pensamiento lógico del método científico, la adhesión a los valores se proyecta a través de un código de ética y el tercer elemento, el ser, implica la relación de enfermería y usuarios o clientes, como seres humanos.

“La integración de la filosofía dentro del proceso de enfermería y la suposición de que la filosofía de una persona determina sus actos, respaldan la necesidad que tienen las enfermeras profesionales de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía”⁷

Para conocer la historia de una disciplina es necesario identificar su objeto, es decir de que se trata sustancialmente esta disciplina. La enfermería valida como objeto el *cuidado*, del individuo, grupo o comunidad.

Sin embargo la identificación no es suficiente, es necesario además vincularlos, por lo que es importante interpretar la necesidad de conexión de la historia de enfermería en dos aspectos:

- Conexión de hechos o realidades, directamente implicados en los cuidados a través del tiempo (conexión como continuidad del objeto histórico)
- Conexión de estos hechos y realidades con los factores, estructuras y situaciones que los ha ido configurando de una u otra manera (conexión como base del estudio en las relaciones de los cuidados con el resto de la coyuntura histórica)

⁷ Collier, Francois, M,(2004),Promover la vida, España p,33-34,

“Una vez identificadas las actividades de enfermería a través del tiempo y contando con gran número de hechos, datos y realidades útiles para iniciar el proceso de construcción histórica fundamentado en la existencia de un problema específico (objeto) sobre el que centrar la búsqueda de tales datos y fuentes (heurística), tiene lugar la interpretación (hermeneútica) de los datos.”⁸

La naturaleza de los cuidados

Entender la naturaleza de los cuidados exige situarlos dentro de un contexto que les dé un significado real: el contexto del proceso de Vida y Muerte al que se enfrenta el ser humano durante toda su existencia.

Cuidar: “Es un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita verdad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y reproduzca”.⁹

La historia señala básicamente dos tipos de cuidados:

- Los cuidados de costumbres habituales *care*, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Representan los cuidados permanentes y cotidianos para mantener la vida, están basados en hábitos, costumbres y creencias
- Los cuidados de curación: *cure*, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y detener sus causas.

Los cuidados de enfermería han recurrido a tecnologías diversas siendo las principales todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida, como son cuidados habituales de higiene, de alimentación, de relajación, y de apariencia, se entiende como tecnología un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y la manera de servirse de ella.

⁸Siles Jòse (2004), Fundamentos Históricos de la Enfermería, España,p,29

⁹ et al (2004), p- 33

Por lo que el proceso de los cuidados de enfermería surge a partir de la interacción entre la enfermera y la persona que sana o enferma requiere de sus cuidados por lo que se requieren de tres elementos, los conocimientos, la tecnología y los valores y creencias.

Colliere (1993), destaca que la tecnología hay que diferenciarla de la técnica porque corresponde únicamente a la forma de utilizar tal ó cual instrumento, así también refiere que el cuerpo es el principal instrumento que utilizan las enfermeras para los cuidados, por lo tanto es de suma importancia descubrir las propiedades del cuerpo energéticas, propioceptivas, térmicas, mecánicas.

Describiendo las tecnologías se destaca lo siguiente: la tecnología para el mantenimiento de la vida hace referencia a todas aquellas que favorecen el sostenimiento de la vida cotidiana por lo que se requiere conocer los hábitos, creencias y costumbres relacionados con la higiene, la alimentación, la respiración, el descanso, etc asimismo implica conocer tecnologías que comprenden defectos funcionales; es decir tecnologías que permiten la realización de la actividad obstaculizada por este daño para que regresen a una autonomía total o parcial de la persona afectada.

Concerniente a la tecnología de curación: se refiere a la utilización de instrumentos y de técnicas que corresponden más a los cuidados médicos, prescritos por médicos, y llevados a cabo por los profesionales de enfermería.

Por último la tecnología de información reúne alrededor de dos tipos de instrumentos principales: los que constituyen las historias de enfermería y los que constituyen la gestión del servicio de enfermería.

Cabe destacar que los instrumentos de información por si solos no son suficientes, se requiere de otras formas de recopilar los datos como, reuniones de servicios, reuniones enfocadas al análisis de casos en las que se evalúen el proceso y los cuidados y reuniones de gestión.

Por lo tanto las tecnologías para el cuidado de la salud, son herramientas que permiten a los profesionales de enfermería suscitar el autocuidado y promover prácticas saludables y con ello fomentar estilos de vida saludables.

Por lo que se considera fundamental identificar las concepciones, las creencias y los valores con los que se relaciona tal o cual enfoque de los cuidados de enfermería

Asimismo, los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, las creencias y los valores con los que están vinculados tanto los que requieren cuidados como los que procuran.

5.3 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson

De una forma esquemática y de acuerdo a las propuestas para el desarrollo científico de un modelo se retoma el de **Virginia Henderson** en el que se destaca lo siguiente:

Se fundamenta en las necesidades humanas de acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella. Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona objeto de los cuidados. El individuo sano, o enfermo es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer, esto es conservar ó restablecer la independencia en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que el no puede realizar por si mismo para responder a sus necesidades. Su rol por tanto es el de suplencia.

Partiendo de su definición se extraen conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson, el modelo de Henderson de acuerdo a Kerovac (1996) pertenece a la "escuela de necesidades" La idea principal de esta escuela es que los cuidados surgen a partir de la dificultad o incapacidad que presenta la persona para satisfacer por si misma sus necesidades y para cuidar de otras que dependen de ella.¹⁰

Indudablemente en esta escuela se identifican características que definen a sus principales representantes y que a la vez presenta una visión diferente en los conceptos del Metaparadigma.

En los supuestos del modelo de Henderson se identifican los siguientes conceptos:

Cuidado: Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza de voluntad o de conocimiento con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Persona: Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales

¹⁰ Rivera. M.A. & León, M. Hernández R, Luna H, (2010) Escuela de las necesidades p,3.

Entorno: Factores externos que actúan de forma positiva ó negativa

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo, la propia salud concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno mismo/a en base a sus propias capacidades de las catorce necesidades.¹¹

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden describirse las dimensiones, biológica, psicológica cultural, y espiritual. La enfermera que desee prestar servicios personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por si mismo. La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración, puede tratarse de un caso de dependencia total, transitoria ó permanente. Por otra parte la independencia es cuando se alcanza un nivel aceptable de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona.

Virginia Henderson en su libro publicado en 1956 **The Nature of Nursing** (Naturaleza de Enfermería), define la función propia de la enfermera de la siguiente forma definió los elementos indispensables de su modelo que se enuncian a continuación.

1. **Persona.** Cada persona se configura como un ser único y complejo con componentes bilógicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad física psicológica y promover su desarrollo y crecimiento dando respuesta a las siguientes necesidades de acuerdo a la autora:

¹¹¹¹ et al (2010),p,266

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

Con respecto al paciente, Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que primordialmente su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente o usuario es visto pues, como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en logro de sus metas.

En cuanto al entorno la autora lo menciona implícitamente como explícitamente esta contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las catorce necesidades básicas y de los factores que las influyen.

2. **Salud independencia/dependencia** y causas de la dificultad. Desde la filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades reales y potenciales.

Independencia: Lo define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas lo que significa llevar a cabo las acciones adecuadas

para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.¹²

Dependencia: Puede ser considerada en una doble vertiente ,por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades y por otro puede ocurrir que realice actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades las cuales Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza: No sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidades intelectuales.

Falta de conocimientos: Esto lo fundamenta a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad: La cual se considera como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

3.- **En relación con el rol profesional** nos hace referencia que los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia, identificando en la persona los cuidados básicos de enfermería están íntimamente ligados con el concepto de necesidades básicas, son universalmente los

¹² Fernández, Ferrín, &Novel, Martí,(1993) El modelo de Henderson y el proceso de enfermería,España p,268.

mismos, sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

4.- **Entorno factores ambientales y socioculturales** diversas autoras han criticado a Henderson, por el hecho de no incluir el concepto de entorno, de una manera específica dentro de su modelo, sin embargo menciona de manera específica y otras explícitamente, la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico.

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

El proceso de enfermería consta de 5 fases sucesivas e interrelacionadas: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.**

Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

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

Una contribución adicional la realizan P.W Lyer y B.J. Taptich en el que fundamentan que el proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto, Jhonson (1959) Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería en el sentido de que proporciona el mecanismo por el

que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud. Teniendo como principal objetivo proporcionar un sistema dentro del cual puedan cubrir las necesidades individuales del cliente la familia y la comunidad. Es el método por el que se aplican los sistemas teóricos de la enfermería a la práctica real. Proporcionan la base para cubrir las necesidades individualizadas del cliente, de la familia, y la comunidad. El Proceso de Enfermería se ha caracterizado como intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y basado en teorías.¹³

El objetivo principal es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la familia y comunidad. Esto ayuda al cliente a enfrentar a los cambios en el estado de salud. Como se señaló anteriormente el Proceso de Enfermería esta organizado en cinco fases identificables valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación.

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente/familia/o comunidad con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando, la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio, y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

El diagnóstico, durante esta fase se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones, o respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

¹³ Sánchez R. B. A.(2002) Proceso Enfermero ,México p 31.

En la planificación se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería para establecer prioridades¹⁴ para los problemas diagnosticados, fijar resultados con el cliente, escribir actuaciones de enfermería de forma organizada.

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

La última fase del Proceso de Enfermería **es la evaluación**, se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso el cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario y revisa el plan de cuidados de enfermería

Así mismo exige como requisitos previos, opiniones, conocimientos, y habilidades. Las opiniones forman el sistema teórico, sobre el que se basa la práctica de la enfermería. Los conocimientos y las habilidades constituyen los instrumentos para la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución, y la evaluación.

El uso del Proceso de Enfermería tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para la persona y para el propio profesional. En este sentido el Proceso de Enfermería define al alcance de la práctica de la enfermería e identifica las directrices de la asistencia de enfermería. El cliente se beneficia con su uso ya que le asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que estimula al cliente a participar en la misma.

Finalmente las ventajas para el profesional de enfermería en particular son una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento del desarrollo profesional. El razonamiento crítico facilita una definición intencionada y dirigida al objetivo de la asistencia al cliente

¹⁴ Sánchez R. B. A.(2002) Proceso Enfermero ,México p 33

y de los problemas de tratamiento. Ello exige lógica, competencia, flexibilidad, creatividad, iniciativa, y comunicación eficaz.

5.4 Fisiología Materna durante el Embarazo

Durante el embarazo ocurren muchos cambios fisiológicos que provocan algunos síntomas ó molestias que no requieren de medidas terapéuticas pero es necesario explicarlas a la persona. Los cambios fisiológicos durante el embarazo se derivan de dos fuentes principales, los cambios experimentados por el sistema endocrino y los cambios físicos del cuerpo.¹⁵

A nivel endocrino las hormonas son esenciales para preservar el embarazo la mayor parte se producen inicialmente en el cuerpo amarillo y mas adelante en la placenta, el cambio más notable del sistema endocrino durante el embarazo es la adición de la placenta como órgano endocrino para producir cantidades grandes de estrógeno y progesterona.

Por otra parte el útero sufre cambios radicales durante el embarazo. Antes de la gestación es un órgano pequeño, semiformal, piriforme que pesa unos 60 gramos. Al finalizar la gravidez es una cápsula muscular de delgadas paredes que llega a pesar 1 kg y contiene el feto, la placenta, y el líquido amniótico.

A nivel del cérvix este se acorta y suaviza, ajustes que lo preparan para el adelgazamiento (borramiento y dilatación) de la abertura necesaria para que el niño pueda salir del útero al momento de nacer. Durante la gravidez los ovarios suspenden su proceso de maduración, deja de haber ovulación mientras que el cuerpo amarillo perdura aproximadamente hasta la decima semana y fabrica estrógenos y progesterona para mantener el embarazo, hasta que la placenta se desarrolla y los sustituye .Por otra parte la vagina se prepara para la enorme distensión necesaria para la expulsión del feto, mientras que en las mamas durante el embarazo varían hormonas que interactúan para preparar a las mamas para la lactancia(producción de leche) entre otras estrógenos, progesterona, prolactina, dentro de los cambios más importantes se resumen como sigue, aumentan de tamaño entre la sexta y octava semana, congestión vascular, sensibilidad y dolor, oscurecimiento del pezón y la areola las glándulas de

¹⁵ A .Burroughs, G,Leifer Enfermería Materno Infantil (2005), México p, 47,46,45,44,7.

Montgomery se hacen mas prominentes para lubricar y proteger al pezón cuando inicie la lactancia.

Referente a sistema musculoesqueletico durante el embarazo los principales cambios que ocurren son el aflojamiento de las articulaciones provocado por las hormonas y la adaptación de la postura. El relajamiento y alojamiento de las articulaciones pélvicas y el ensanchamiento de la sínfisis púbica se debe primordialmente a la relaxina y la progesterona placentaria.

Durante el embarazo se observan cambios profundos en el sistema cardiovascular que son esenciales para proporcionar oxígeno y nutrientes al feto en desarrollo y al útero en crecimiento. Desde las primeras etapas del embarazo se presenta un aumento de tamaño del corazón hipertrofia del miocardio, cambio que se atribuye principalmente al aumento del volumen sistólico. Los cambios en el sistema respiratorio aumentan durante la gravidez debido al relajamiento de los ligamentos (originado sobre todo por la progesterona y la protrusión de las costillas inferiores. La inhalación aumenta para que el aporte de oxígeno sea mayor al incrementarse la espiración, se facilita la eliminación de dióxido de carbono, entre otras, palabras mejora el intercambio de dióxido de carbono y oxígeno que tiene lugar en los alveolos. La respiración cambia de abdominal a torácica a medida que avanza el embarazo.

A nivel gastrointestinal disminuyen los movimientos peristálticos del tracto gastrointestinal debido al incremento de la producción de progesterona y relaxina.

Con la pérdida del tono muscular liso, el tiempo de vaciamiento de los intestinos, se hace más lenta la absorción de agua, por lo que surge otra molestia común el estreñimiento, también se presentan cambios metabólicos, se altera el metabolismo de los carbohidratos lo cual facilita el acceso del feto a una fuente de alta energía en forma de glucógeno. Por otra parte el sistema renal al principio el embarazo el útero crecido ejerce presión sobre la vejiga y aumenta la frecuencia de la micción, la estasis de orina en los uréteres eleva el riesgo de infección urinaria. Por último los cambios que se observan a nivel tegumentario son hiperpigmentación cutánea a causa de la hormona estimuladora de melanocito y estrógeno. El melasma conocido como cloasma se transforma en la máscara del embarazo que se presenta a modo de manchas de color

pardusco y que se desvanece después del parto. La línea alba se oscurece y aparece en la línea morena en el abdomen conocida como línea negra. Las estrías de la gravidez son líneas de color rosado ó purpura que se observan en el abdomen de la embarazada.

Un factor importante que influye en el efecto psicológico del embarazo es el grado de madurez de la mujer y su disposición para la maternidad por lo tanto el embarazo implica un cambio profundo en la vida de una mujer y su familia, es una etapa en que ella y sus allegados se enfrentan con el reto de redefinir un papel actual, revisar sus conflictos previos y asumir un nuevo papel. Los ajustes físicos, y emocionales del embarazo, aunados a lo que implica convertirse en padres, provocan diferentes grados de estrés y ansiedad.¹⁶

La familias se caracterizan por la diversidad, existen varios tamaños familiares y sus comportamientos difieren en forma importante. A pesar de que cada familia es única ciertos factores, como el estado socioeconómico raza y grupo étnico, pueden tener un impacto importante sobre el estilo de vida familiar para Levin Eidler (1981) describen el estilo de vida como este material enredado de valores, creencias, expectativas, criterios de elección que es único a la familia. En forma tradicional el estado socioeconómico de una familia se determina por ciertas características del esposo, del proveedor quien es el padre de familia por lo que influye de manera importante su ocupación, educación e ingresos. Los científicos sociales determinan que la educación y el empleo son los dos principales componentes de la clase social. El ingreso también es un factor, pero tiene menos importancia. Por lo que la vida familiar en las clases sociales varía respecto de las características estructurales y funcionales.

Cabe referir que en el aspecto cultural es importante tomar en cuenta sus antecedentes culturales, pues algunas culturas consideran la gravidez y el parto como procesos normales que no requieren de atención especial. Esa actitud puede dar como resultado que se envite solicitar atención prenatal o que no cumpla con el tratamiento, al conocer

¹⁶ Olds L,L.,Enfermería Materno Infantil(1995), México p.39,38,

diversas culturas y grupos étnicos, las enfermeras podrán comprender una amplia variedad de conductas con las que podrían encontrarse.¹⁷

¹⁷ A .Burroughs, G,Leifer Enfermería Materno Infantil et al l(2005) México p, 25

VI Presentación del Caso Clínico

Ficha de identificación:

Nombre: BAE Edad: 31 Peso: 92 Talla: 165mts

Fecha de Nacimiento 30 de Agosto de 1978

Fecha de Admisión 19 de Mayo 2010 Hora: 13:00 hrs

Procedencia: D.F.

Fuente de Información directa fiabilidad: (1-4): 3

Sexo: Femenino

Escolaridad Universidad trunca

Ocupación: Hogar Religión: Católica

Se trata de persona femenina adulta joven, la cual cursa el tercer trimestre del embarazo originaria y residente del Distrito Federal.

Es la segunda hija de una familia compuesta por 1 hermano menor su padre, una tía y su pareja.

Cursó estudios en escuelas públicas hasta el 5º semestre de Licenciatura en Arquitectura, actualmente se dedica al hogar y vive en unión libre con su pareja y familia.

Su casa es rentada, de concreto, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, su pareja es originaria del Estado de México, se encuentra con ella apoyándola, es una persona adulta joven, que trabaja de mesero, su grado máximo de estudios es segundo semestre de preparatoria mantiene relación cordial con su familia y se preocupa por ella y por el embarazo.

Cabe señalar que dicho evento no fue planeado, sin embargo cuando ella confirma dicho embarazo lo acepta así también su pareja y familia.

Por otra parte le preocupa en gran medida la falta de dinero ya que no cuenta con ningún servicio médico porque su pareja no la tiene asegurada, de manera que les angustian los gastos generados por las consultas.

(BAE) es sedentaria pasa gran parte de su tiempo viendo la televisión o tejiendo, tiene miedo a lo que pueda pasar con el embarazo ya que últimamente subió mucho de peso, 9 kilos en 5 meses; anteriormente tenía un peso de 83 Kg, sin embargo actualmente pesa 92 Kg no tiene conocimientos de lo que va a pasar cuando llegue el momento del parto, pero refiere estar dispuesta hacer lo que sea para que todo salga bien, por otra parte ella tiene un hemangioma en el quinto orjejo lo cual por estética no le agrada y esta en espera de que se le realice una cirugía por parte de dermatología.

Sus antecedentes Gineco-Obstetricos son: G,1,P,0,A,0,C,0, menarca a los 13 años ritmo irregular 28X8, dismenorrea no ,gesta 1,para 0,cesarea 0,aborto 0, vida sexual activa 22 años. Papanicolaou al año, negativo a células malignas, número de parejas 2, la ultima pareja circuncidado, infecciones ginecológicas curso con infección de vías urinarias en el primer trimestre del embarazo con tratamiento que remitió, y herpes genital, refiere no tiene sangrado al coito, utilizó como método anticonceptivo inyección I.M. durante un año. Niega cirugías ginecológicas, refiere no tener sangrados anormales, niega tumores anormales, así como incontinencia urinaria.

6.1 EXPLORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA

Persona femenina de 31 años de edad con Dx Médico de Enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo, Probable (Pb) Preeclampsia leve y (Pb) Intolerancia a carbohidratos.

Se encuentra conciente tranquila orientada en tiempo y espacio

A la toma de Signos Vitales se reporta una T/A 170-/90 mmHg, frecuencia cardiaca de 100 x', temperatura 36.7°C, frecuencia respiratoria de 28 x` con talla de 1.65 mts; actualmente pesa 92 kg.

A la inspección cabello bien implantado, a nivel de cara palidez generalizada con cloasma (mascara del embarazo) oídos limpios, con nariz sin alteraciones, mucosas orales secas, en boca con hipertrofia del tejido gingival con garganta rosada sin enrojecimiento ni exudados en cuello se palpan pulsos carotideos de buena intensidad y ritmo, con ganglios pequeños móviles, y sin hipersensibilidad, Tórax simétrico, se auscultan campos pulmonares limpios con ligera disnea, costillas con pendiente hacia abajo desde la línea media del pezón, a la auscultación taquicardia 120x' y con murmullo sistólico suave, glándulas mamarias con cambios gestacionales no secretantes ni turgentes con hiperpigmentación de pezones y tejido areolar, a se palpa abdomen con útero gestante de 33.4SDG se observan estrías y línea morena del embarazo con movimientos fetales con frecuencia fetal de 139x min a la palpación con AFU 32 cm.

Al realizar las maniobras de Leopold se encuentra con producto cefálico longitudinal dorso derecho sin actividad uterina, a la inspección en miembros inferiores con edema de acuerdo a al valoración de goddete +++ se observa con insuficiencia venosa.

A nivel genitourinario con flujo vaginal blanco con orina de color amarillo claro con labstix negativo con cetonas trazas. En lo que se refiere a musculo esquelético con

dorsalgia, reflejos osteotendinosos positivos e insuficiencia venosa, hemangioma en 5to dedo de mano izquierda de crecimiento importante de un mes.

Piel y anexos se observa piel acneica en cara y sequedad de la piel a nivel de miembros inferiores edema de +++ ,piel brillante y dolor en miembros inferiores.

El proceso está orientado a los hábitos dietéticos así como evitar posibles complicaciones por la falta de conocimientos en los cambios que repercuten durante embarazo tanto normal, como sus posibles complicaciones, así como orientarla sobre los cambios que surgirán en el momento del parto.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

7.1 Valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

La persona niega eventos de tos, refiere que antes del embarazo fumó ocasionalmente de 1 a 2 cigarrillos pero lo dejó

Manifiesta que no puede dormir por la noche que respira mejor con la colocación de 2 almohadas, se siente cansada y con mucho sueño se observa con ligera dificultad para respirar aunque a nivel respiratorio no tiene ninguna alteración puede caminar pero se sofoca, cuando sube escaleras, camina pero en pausas, pasa mucho tiempo sentada.

ESTADO ACTUAL (EA)

El día 7/01/2011 se encuentra a la paciente con disnea al esfuerzo se encuentra en posición supina, respiración con distensión de la caja torácica, con inspiración y espiración, con un llenado capilar de 3 segundos a la inspección se observa con coloración peribucal rosada, T/A 180/60 ritmo sinusal FC 100 x "", mantiene una temperatura corporal de 36.7 °C se encuentra orientada en tiempo y espacio, hemoglobina de 10.4 y Hto de 30.8.g/Id

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Manifiesta hacer tres comidas al día abundantes, con ingesta de carnes rojas 0/7 pollo, 2/7 verduras, 1/7 frutas, 5/7 leguminosas, 1/7 lácteos, 7/7 tortillas 6 o más, desayuna acompañada de su Papá, entre los alimentos que consume se encuentran leche entera y pan dulce, come fruta de temporada su dieta diaria esta integrada por sopa de pasta, carne o pollo, agua de fruta 1 o 2 vasos endulzada con azúcar morena, y postre gelatina, en la comida regularmente come de 4 a 6 tortillas. La cena la acompaña con su pareja en un horario que oscila entre las 22:00 y 23:00 horas y en este lapso acompaña a su esposo solo con leche entera y pan en ocasiones algún antojo como tacos o quesadillas dice que cuando tiene más hambre se come colación de fruta (manzanas, o mangos que son de su preferencia, niega algún trastorno alimenticio no tiene alergias

alimenticias solo refiere no le gustan mucho las verduras sobre todo las de hoja verde, refiere mucha hambre por lo regular, toma 1 litro de agua al día. manifiesta que durante su control prenatal subió 9 kilos en 5 meses.

ESTADO ACTUAL (EA)

La paciente actualmente tiene un peso de 92 Kg, talla de 1.65 mts lo cual aumento más de 900g/mes lleva una vida sedentaria, le preocupa su imagen corporal y no lleva una restricción en la dieta diaria, el día 8 de enero reporta una glucosa de 127 mg/dl en ayuno, se mantiene en vigilancia continua y en base a laboratorios sobre todo glucemia central se modificara el cálculo de la dieta.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Refiere la paciente que cuando toma abundantes líquidos y come fibra suficiente no tiene ningún problema para evacuar.

Evacuaciones: 1 ó 2 veces al día en 24 horas.

Micción: 3 veces al día depende la cantidad de líquidos que ingiere durante el día.

Hace referencia que evacua una vez al día por la mañana, las características de las heces son cafés, ocasionalmente duras, No se observan datos de distensión abdominal, con motilidad intestinal de 5 a 7 movimientos en un minuto.

En cuanto a la eliminación urinaria refiere disuria, (dolor al orinar), hace mención cursó con infección de vías urinarias en el primer trimestre del embarazo, el cual fue manejada con antibioticoterapia.

ESTADO ACTUAL (EA)

Del día 7/01/2011 al 11/01/2011 se observa con insuficiencia venosa, edema+++, piel brillante, y refiere dolor en Miembros Inferiores, con una T/A de 170/90, la orina es

concentrada, de color amarillo, al tomar el bililabstix se observan cetonas, y un pH de 6.5 flujo urinario de 500 ml ,con un balance positivo en 24 hrs.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Durante el interrogatorio refiere que solo ha presentado fiebre cuando se enferma de la garganta ocasionalmente 2 ó 3 veces al año y que se controla cuando toma su tratamiento prescrito antibiótico y antipiréticos.

La paciente controla adecuadamente la temperatura no es muy friolenta actualmente usa ropa ligera y su calzado es comodo.

ESTADO ACTUAL (EA)

El binomio madre-hijo mantiene una temperatura normal durante su estancia hospitalaria, 36.8 C.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Ella se dedica al hogar solo camina muy poco cuando hace compras para preparar sus alimentos y ocasionalmente en los fines de semana con su pareja alrededor de 30 minutos, regularmente se encuentra en sedentarismo.

ESTADO ACTUAL (EA)

A la exploración se observa con reflejos osteotendinosos positivos, requiere de apoyo para levantarse debido al aumento ponderal y postura incorrecta lumbalgia, dolor en el resto del día lo dedica a ver televisión o a tejer le gusta hacer manualidades de todo tipo.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

La persona duerme 8 horas con su pareja y una siesta por la tarde de 2 horas continuas, el sueño es profundo, no toma ningún estimulante para dormir, se observa con ojeras las cuales dice las ha tenido siempre, se encuentra orientada en tiempo y espacio al momento de ser entrevistada responde a todas las preguntas con agrado y cuando no entiende la pregunta interrumpe para disipar sus dudas.

ESTADO ACTUAL (EA)

Actualmente no padece de insomnio concilia el sueño inmediatamente se encuentra nerviosa ante la hospitalización ya que su ingreso al hospital ,fue de manera inesperada debido a el edema de miembros inferiores así como al aumento de la tensión arterial.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

A la persona le agrada la ropa que usan las mujeres embarazadas, en cuanto al calzado es cómodo y suave ya que refiere se le hinchan los pies, por lo que busca sean un poco grandes, se observa limpia y fresca no utiliza medias. ni ropa interior para embarazadas.

ESTADO ACTUAL (EA)

No presenta ningún problema para vestirse sola, realizaba su cambio de ropa completo todos los días.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

La persona comenta que el baño es diario siempre por la mañana y en ocasiones en la noche cuando hace mucho calor, el baño lo hace en regadera cuan agua caliente disfruta el agua en su cuerpo tarda alrededor de 30 minutos.

ESTADO ACTUAL (EA)

Le cuesta trabajo agacharse para lavar sus piernas, usa jabón normal, shampoo para su cabello, el cual se observa reseco, se lubrica la piel con crema normal, tiene estrías lo cual usa aceite de girasol para disminuir la comezón, lava sus manos con frecuencia antes de los alimentos y después de ir al baño, se lava los dientes tres veces al día con pasta dental, acude al dentista 1 vez al año, no usa hilo dental se observa piel hidratada, uñas cortas y limpias.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Su familia está compuesta por 1 hermano menor, su padre, una tía y su pareja, el cual la apoya en la evolución del embarazo, es originario del Estado de México, refiere que a su padre le preocupa el sobrepeso que tiene a 5 meses de embarazo, hasta el momento no se ha pensado en prevenir situaciones de emergencia, acude cada mes a su control prenatal, se ha realizado solo una vez el papanicolao, el cual se reporto negativo cuando se enferma su familia, acuden al médico solo si consideran que es necesario ya que menciona se curan con remedios caseros a veces se automedican con lo que les ha funcionado, comenta que su madre finada, falleció por un mal control de su enfermedad, Diabetes refiere no contar ni le interesa mucho el control de su peso y confía que no tendrá complicaciones con el embarazo ya que no se ha sentido tan mal, le preocupa su situación económica porque su esposo no gana mucho, los gastos se comparten y dividen entre los integrantes de su familia.

ESTADO ACTUAL (EA)

Se observa con conocimientos deficientes en cuanto a sus seguimiento y control prenatal sobre todo con su alimentación, no sigue las instrucciones médicas, se encuentra con apatía y hostilidad porque no le interesa, buscar ayuda para mantener su salud pero al mismo tiempo sabe que si sigue las indicaciones en su embarazo

disminuirán las posibles complicaciones, refiere dolor en extremidades, le preocupa que su presión arterial no disminuya, se valoran reflejos osteotendinosos y son positivos.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Vive en unión libre, con su pareja y familia con quienes mantiene una relación estrecha, lo que les permite expresar sus sentimientos, inconformidades y necesidades.

ESTADO ACTUAL (EA)

Se realizan preguntas directas, se le cuestiona si tiene dudas sobre el manejo y tratamiento del embarazo y el porqué la hospitalizaron, se observa nerviosa, con preocupación y tristeza por su internamiento inesperado ya que fue por aumento en la tensión arterial, no sabe lo que pasara en relación al tratamiento, angustia, inquietud, manifiesta no entiende el porqué la hospitalizaron ya que no tenía dolor de cabeza y no se explica porque tenía la presión arterial alta.

Al interrogatorio se observa con temor y preocupación por no tener dinero ya que la hospitalización generara un costo además refiere que es un embarazo no esperado no tiene trabajo y depende económicamente de su esposo le preocupa la enfermedad que está pasando y sobre todo lo que pueda pasar con el producto. Ya que a ella no le dan informes solo a sus familiares.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Manifiesta que pertenece a la religión católica, cree en su religión ya que ha sido sujeta a todos los actos católicos de bautizo, confirmación y comunión, le gustaría casarse por la iglesia pero en este momento no cuenta con la solvencia económica para realizarlo, trata de asistir a las festividades importantes de la religión y trata de vivir de manera congruente según su religión, en su casa tiene imágenes religiosas en su recámara un pequeño altar.

ESTADO ACTUAL (EA)

No refiere la necesidad de que la visite algún representante espiritual, ni de asistir a un templo católico.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Refiere que le gustaría trabajar terminar su carrera y que su esposo también tuviera un trabajo mejor tener una casa propia y hasta un carro.

ESTADO ACTUAL (EA)

Se observa incomoda cuando se le pregunta y comenta que le gustaría retomar sus estudios para tener una mejor solvencia económica.

NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Refiere que con su pareja le gusta jugar en el parque que lo hacían antes del embarazo, caminar y correr en algunas ocasiones, e incluso antes del embarazo ella participaba en un equipo de voleibol cuando asistía a la escuela y que eso la divertía mucho.

ESTADO ACTUAL (EA)

Actualmente necesita ayuda para levantarse si hace alguna actividad de ejercicio se cansa muy rápido, aunque dice tiene el conocimiento de que tiene que caminar pero le da pereza, hacerlo refiere que en cuanto termine su embarazo volverá a realizar ejercicio.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Considera necesita aprender sobre los cuidados del embarazo ya que siente remordimiento por el sobrepeso y piensa que si hubiera tomado las instrucciones tal vez no habría sobrepeso

ESTADO ACTUAL (EA)

Le hace falta información sobre el manejo de una dieta adecuada para el embarazo, por lo que desconoce lo que pueda pasar por no haber tenido un buen manejo con el control de su peso, no sabe qué podría pasar con ella y con el producto, le han comentado los médicos será cesárea, se observa apática y hostil ya que refiere no ha seguido las instrucciones en su totalidad.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

| NECESIDAD | GRADO DE DEPENDENCIA | DATOS DE: - DEPENDENCIA - INDEPENDENCIA | CAUSAS DE DIFICULTAD | DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |
|----------------------------|----------------------|---|-------------------------------------|--|
| 1.Necesidad de oxigenación | PD | Inquietud | Conocimientos Voluntad | Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con hipertensión de la madre. |
| 2.Evitar peligros | PD | No le interesa cuidar mucho su alimentación por lo tanto si no maneja un régimen calórico adecuado tendrá repercusiones | Conocimientos Voluntad Fuerza | Riesgo de perfusión hística renal inefectiva relacionado con hipertensión e glomerulonefritis. |
| 3.Aprendizaje | PD | I | Conocimientos Voluntad | Conocimientos deficientes ante el manejo de su embarazo y complicaciones relacionado con la falta de interés en el aprendizaje manifestado: por preocupación, hospitalización, apatía y verbalización del problema |

**(I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente
(D) Dependencia.**

| NECESIDAD | GRADO DE DEPENDENCIA | DATOS DE: - DEPENDENCIA - INDEPENDENCIA | CAUSAS DE DIFICULTAD | DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| 4. Nutrición e Hidratación | PD | Alto consumo de alimentos comidas abundantes postres poca ingesta de fibra y líquidos. | Conocimiento Voluntad | Alteración nutricional por exceso relacionado con ingesta elevada de carbohidratos y grasas manifestado por: peso corporal superior al 50% según la talla, sedentarismo, y polifagia. |
| 5. Eliminación | PD | Excreción adecuada Micción retención de líquidos Útero Gravídico | Conocimiento Voluntad | Exceso de volumen de líquidos relacionado con la salida de liquido del espacio intravascular al intracelular secundaria a vasoespasmo manifestado por edema de miembros inferiores Godete de +++, T/A160/90. |
| 6. Moverse y mantener buena postura | PD | Sedentarismo | Conocimiento Voluntad | Riesgo de nivel de glucemia inestable para el binomio madre-hijo, lesión relacionado con embarazo y nivel de actividad física. |

**(I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente
(D) Dependencia**

8.1 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Nutrición e Hidratación

Dx de Enfermería: Alteración nutricional por exceso relacionado con ingesta elevada de carbohidratos y grasas manifestado por: peso corporal superior al 50% según la talla, sedentarismo, y polifagia.

Objetivo: La persona comprenderá y realizará la dieta prescrita, comprobar peso cada 24 hrs.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|---|---|
| <p>1.-Discutir la importancia del control dietético estricto. Los nutriólogos en conjunto con la persona diseñan la dieta individualizada.</p> <p>2.-Ingesta recomendada 30 a 35 % Kcal /Kg de peso corporal 12-20% de proteínas 50-60% carbohidratos 20-30% grasas</p> <p>3.- La ingesta de sodio se restringe</p> <p>4.-Verificar a través de maniobras de Leopold peso y talla del "producto de la concepción".</p> <p>5.-Promover el desarrollo normal y saludable del producto de la Concepción.</p> | <p>1.- El manejo dietético para garantizar un crecimiento fetal óptimo y normalizar los niveles de glucosa sanguínea. El mayor éxito se obtiene cuando el plan dietético se individualiza para cubrir las necesidades y preferencias de la paciente.</p> <p>2.- La ingesta recomendada se diseño para permitir el aumento preponderal que sigue (Kitzmilller 1988) sobre peso excesivo más de 13.6 Kg Sobre peso 10.8 a 13.6Kg Peso deseable 9 a 10.8 Kg Peso bajo 6.7 a 9.0 Kg</p> <p>3.- La ingestión excesiva puede incrementar la sensibilidad del los vasos sanguíneos a la angiotensina y provocar vasoconstricción</p> <p>4.-Si la preeclampsia no responde al tratamiento el parto es la terapia de elección para prevenir la eclampsia y la insuficiencia uteroplacentaria.</p> <p>5.-El pronóstico del embarazo debe ser una madre sin complicaciones, un recién nacido sano y una familia que sea capaz de integrar un recién nacido sano.</p> |
| <p>Evaluación: La persona comprende su dieta prescrita la sigue con cuidado y aumenta el peso óptimo según su talla previa al embarazo.</p> | |

Necesidad: Eliminación

Dx de Enfermería: Exceso de volumen de líquidos relacionado con la salida de líquido del espacio intravascular al intracelular secundaria a vasoespasmo manifestado por edema de miembros inferiores Godette de +++ T/A 160/90 mmHg.

Objetivo: La deficiencia del volumen de líquidos deberá controlarse manteniendo el volumen intravascular lo que se traduce en relación del edema, gasto urinario, por hora.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|---|---|
| <p>1.-Valorar la T/A cada 1 a 4 hrs utilizando el mismo brazo con la mujer en la misma posición decúbito lateral izquierda</p> <p>2.-Pesar diariamente</p> <p>3.- Valoración del edema</p> <p>+ (+) Mínimo edema ligero del área pedía o pretibial.</p> <p>++ (2+) Edema acentuado de las extremidades inferiores.</p> <p>+++ (3+) Edema de manos cara, pared abdominal inferior y sacro ++++ (4+) Anasarca con ascitis.</p> <p>4.-Mantener reposo en cama y fomentar la posición en decúbito lateral izquierdo.</p> <p>5.-Mantener una ingestión normal de sal (4 a 6g/24 h).</p> <p>6.-Reportar el gasto urinario < de 30ml/hora o la densidad urinaria > de 1040.</p> <p>7.-Toma de labstix en orina.</p> <p>8.-Valorar el hematocrito en forma regular</p> <p>9.-Proporcionar proteínas adecuadas 1.5g/kg/24h .</p> <p>10.-Valorar frecuencia cardiaca fetal.</p> <p>11.-Valorar signos y síntomas de trabajo de parto.</p> <p>12.- Realizar monitorización con bareffe..</p> | <p>1.-La presión arterial puede variar cada hora se eleva como resultado de una mayor resistencia vascular periférica por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.</p> <p>2.-El aumento de peso y el edema son consecuencia de la retención de sodio y agua.</p> <p>El aumento de 1/kg por semana o mas durante el segundo trimestre o de 0.5 Kg/ sem o mas en el segundo trimestre es sugestivo de HIE.</p> <p>3.-La disminución de la presión coloidosmótica del plasma provoca salida de liquido del espacio intravascular al intracelular .</p> <p>4.- El reposo en cama eleva la filtración glomerular</p> <p>5.-Actualmente se aconseja una ingestión normal de sal pero, la ingestión excesiva puede empeorar la situación</p> <p>6.-En la (HIE) Hay reducción del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular.</p> <p>Si la oliguria aumenta, es un signo de que la situación empeora.</p> <p>7.-La proteinuria es el resultado del edema del endotelio de los capilares glomerulares.</p> <p>8.La reducción del liquido intravascular provoca aumento del hematocrito debido al cambio en la proporción entre glóbulos rojos y volumen de liquido</p> <p>9.-Las proteínas plasmáticas afectan el movimiento del liquido intravascular y extravascular.</p> <p>10.-La monitorización fetal de la FCF proporciona una observación actual y continua de datos indirectos y subjetivos relacionados con la oxigenación del producto de la concepción.</p> <p>11.-La disminución del líquido amniótico puede indicar sufrimiento fetal.</p> <p>12.-El producto de la concepción disminuye o interrumpe sus movimientos en respuesta a la hipoxia crónica en un intento de reducir el consumo de oxígeno y conservar la energía.</p> |
| <p>Evaluación: El edema de la persona disminuye, el gasto urinario permanece normal.</p> | |

Necesidad: Aprendizaje

Dx de Enfermería: Conocimientos deficientes ante el manejo de su embarazo y complicaciones relacionado con la falta de interés en el aprendizaje manifestado: por preocupación ante la hospitalización, apatía y verbalización del problema.

Objetivo: La persona conocerá su estado físico y sus consecuencias, lo que traduce en su capacidad para describir la (HIE) hipertensión inducida por el embarazo y su tratamiento así como su cooperación con el tratamiento.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|--|
| <p>1.- Describir la (HIE) sus consecuencias para la paciente y el producto de la concepción.</p> <p>2.-Explicar el propósito y la importancia de las medidas terapéuticas</p> <p>3.-Trabajar con la persona y familiares que la apoyan para planear la mejor manera para enfrentar la hospitalización de la madre.</p> <p>4. Darle a leer pequeños artículos del embarazo y HIE, con un lenguaje comprensible para ella. Retomar y explicar las complicaciones</p> <p>5. Sugerir platique con su hijo para lograr disminuir la ansiedad.</p> | <p>1.-La enfermedad y la Hospitalización durante el embarazo suele ser una situación no prevista que puede alterar la vida de la pareja.</p> <p>2.-Gracias a una información completa puede comprenderse mejor la situación y sus consecuencias.</p> <p>3.-La comunicación con el producto de la concepción se favorece con caricias, lenguaje verbal etc.</p> <p>4. Reducir los efectos de los riesgos y complicaciones para identificar y resolución de problemas que ellas deben ser capaces de resolver.</p> <p>5.-La persona suele estar muy ansiosa por el bienestar del producto de la concepción y el suyo propio por tanto es importante que la enfermera intente disminuir la ansiedad de la madre .</p> |
| <p>Evaluación: La persona logra describir la hipertensión inducida por el embarazo y coopera con el esquema terapéutico.</p> | |

Necesidad: Evitar Peligros

Dx de Enfermería: Riesgo elevado para el producto de la concepción relacionado con perfusión placentaria deficiente secundaria a vasoespasmo o posible desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

Objetivo: El producto de la concepción tolerará la tensión del estado materno sin sufrir lesiones, lo que se traduce en un crecimiento intrauterino normal, prueba sin tensión reactiva y prueba con tensión negativa

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|---|---|
| <p>1.-Alentar a la paciente para que se coloque en decúbito lateral izquierdo</p> <p>2.-Valorar los resultados de los estudios fetales seriados como prueba sin esfuerzo, prueba con esfuerzo, ultrasonido, perfil biofísico.</p> <p>3.-Reportar signos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, como hipersensibilidad uterina, hemorragia vaginal, cambios en la actividad fetal, cambios en la frecuencia cardiaca fetal, dolor abdominal continuo.</p> <p>4.- Vigilar las contracciones uterinas pretérmino.</p> <p>5.-Valorar la presentación fetal.</p> <p>6.-Valorar datos de choque</p> | <p>1.-El decúbito lateral evita la presión sobre la vena cava y mejora la perfusión placentaria.</p> <p>2.-En la valoración del feto se determina el estado del mismo y su capacidad para soportar la tensión del trabajo de parto, así como su madurez.</p> <p>3.-El vasoespasmo y la presión elevada de la HIE aumentan el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.</p> <p>4.-Las contracciones pueden ser estimuladas por la liberación de prostaglandinas debido al desprendimiento placentario.</p> <p>5.- La presentación transversa u oblicua es frecuente en la placenta previa porque la placenta generalmente interfiere en el encajamiento.</p> <p>6.-El coque es el resultado del intento del organismo de proteger los órganos vitales, especialmente el cerebro y el corazón de la reducción del volumen sanguíneo circulante.</p> |
| <p>Evaluación: El producto de la concepción se desarrolla normalmente sin presentar datos de sufrimiento fetal.</p> | |

Necesidad: Evitar Peligros

Dx de Enfermería: Riesgo de nivel de glucemia inestable para el binomio madre-hijo, relacionado con embarazo y nivel de actividad física.

Objetivo: La persona evitará el daño que se asocia con hipoglucemia e hiperglucemia según se comprueba con la ausencia de signos o síntomas lectura de glucemias en límites normales y estabilización de requerimientos de insulina.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|---|---|
| <p>1.-Enseñar el uso del instrumento para vigilancia de la glucemia determinar la cantidad de insulina con base en la escala graduable.</p> <p>2.-Administrar insulina NPH, o regular, o una combinación según se prescriba</p> <p>3.-Enseñar los signos tempranos de hipoglucemia como diaforesis, hormigueo periódico desorientación, temblor, palidez, piel pegajosa, irritabilidad hambre, cefalea, visión borrosa.</p> <p>4.-Orientar sobre los movimientos fetales.</p> <p>5.-Enseñar a la paciente signos tempranos de hiperglucemia y el tratamiento.,</p> <p>5.-Orientar sobre datos de alarma de hiperglucemia como poliuria, polidipsia, boca seca mayor apetito, fatiga náusea, piel caliente, roja respiración rápida y profunda calambres abdominales aliento cetónico, cefalea somnolencia reflejos deprimidos, oliguria o anuria, estupor o coma.</p> <p>6.-Vigilar frecuencia cardíaca fetal.</p> <p>7.-Medir y calcular los ingresos y egresos.</p> <p>8.-Observar signos de colapso circulatorio vigilar la presión sanguínea y el pulso radial.</p> | <p>1.-Los niveles de glucemia en ayuno tienden a ser menores que antes del embarazo.</p> <p>2.-La efectividad de la insulina puede reducirse por la presencia de lactógeno placentario humano.</p> <p>3.-Es esencial el tratamiento rápido de la hipoglucemia para prevenir el daño cerebral de ambos.</p> <p>4.- La persona puede reconocer los signos y administrar el tratamiento personal, la paciente también puede informar cualquier síntoma que exista.</p> <p>5.-Necesita establecer una línea basal y determinar la dosis adicional de insulina la acetona urinaria indica el desarrollo de cetoacidosis.se usa insulina regular porque actúa de inmediato y es de corta duración.</p> <p>6.-La frecuencia cardíaca fetal ayuda a confirmar precozmente la vida fetal.</p> <p>7.-La poliuria es un signo temprano de hiperglucemia la oliguria se desarrolla con la hipotensión y menor flujo sanguíneo renal.</p> <p>8.-El colapso circulatorio puede provocarse por la hipotensión.</p> |
| <p>Evaluación: La persona mantiene niveles de glucemia estables con parámetros de 120mg/dl central.</p> | |

Necesidad: Evitar Peligros

Dx de Enfermería: Riesgo de perfusión hística renal inefectiva relacionado con hipertensión e glomerulonefritis.

Objetivo: La persona será capaz de identificar los signos del desarrollo de la infección urinaria y las medidas apropiadas para evitar lesión por las complicaciones.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|---|
| <p>1.-Revisar las medidas preventivas como la micción frecuente, reforzar limpieza de genitales de frente hacia atrás, ingesta suficiente de líquidos.</p> <p>2.- Enseñar y detectar los signos de infección urinaria como urgencia, frecuencia, disuria y hematuria, dolor en la región lumbar, se presenta en caso de alteración renal</p> <p>3.-Ministrar antibióticos prescritos.</p> <p>4.-Comentar con la persona la importancia de las modificaciones dietéticas y derivarle a un dietista si es necesario.</p> <p>5.-Toma de Labstix en orina.</p> <p>6.- Valorar si existe sobrecarga de volumen.</p> <p>7.- Valorar el grado de edema.</p> | <p>1.- Las medidas preventivas se diseñaron para remover las bacterias de la vagina, evitar la contaminación del área rectal o fuentes externas favorecer el flujo de aire en la zona perineal y acidificar la orina.</p> <p>2.-La incidencia de infecciones urinarias aumenta con la diabetes, tal vez por la existencia de glucosuria la cual proporciona un medio rico para el crecimiento bacteriano.</p> <p>3.-El antibiótico prescrito es específico para el microorganismo causal.</p> <p>4.-Esto es importante si se disminuye la ingesta de sodio o proteínas.</p> <p>5. La proteinuria es una de las manifestaciones para el diagnóstico y pronóstico de la preeclampsia su estudio oportuno puede prevenir insuficiencia renal.</p> <p>6. El exceso de sodio existe cuando el sodio plasmático es superior a 147meq/d los signos incluyen hipertensión, taquicardia y edema.</p> <p>7. Si el nivel de hormona antidiuretica es bajo el túbulo distal no es permeable al agua y el flujo urinario permanece hipotónico pierde sus solutos y aumenta su hipotonicidad el resultado final es que la orina esta diluida como aumento de volumen.</p> |
| <p>Evaluación: La persona aplica las medidas de cuidado de higiene personal, no presento infección urinaria.</p> | |

Necesidad: Oxigenación

Dx de Enfermería: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con hipertensión de la madre

Objetivo: La persona no presentara convulsiones y no mostrará datos de que la enfermedad este progresando

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|--|
| <p>1.-Vigilar el reflejo patelar aquiliano, y bicipital y buscar clono.</p> <p>2.- Fomentar el reposo en cama Alentar a que descanse en una habitación oscura y silenciosa.</p> <p>3.- Limitar el número de visitantes.</p> <p>4.- Administrar sulfato de magnesio según la orden del medico</p> <p>5.-Antes de administrar la dosis de magnesio vigilar los reflejos (rotuliano aquiliano y bicipital) las respiraciones y el gasto urinario.</p> <p>5.-Vigilar los sonidos respiratorios. Obtener los datos basales actuales de:</p> <p>6.-Signos vitales reflejos tendinosos profundos, clonos, proteínas en orina.</p> <p>7.-Tomar la presión sanguínea cada hora o 2 horas.</p> <p>8. Valorar diariamente la perdida visible de peso y edema.</p> <p>9.-Vigilar los estudios de coagulación sanguínea, hemoglobina, y hematocrito, enzimas hepáticas y función renal.</p> | <p>1.- La hiperreflexia indica irritabilidad del sistema nervioso central</p> <p>2.- El reposo reduce los estímulos externos.</p> <p>3.-El sulfato de magnesio es un depresor cerebral, también reduce la irritabilidad neuromuscular y produce vasodilatación y reducción de la tensión arterial.</p> <p>4.-El espasmo rotuliano desaparece cuando la cifra sanguínea de sulfato de magnesio alcanza de 7 a 10 meq/ litro.</p> <p>5.-Sonidos húmedos de la respiración y tos podrían indicar el inicio de edema pulmonar.</p> <p>6.-La hiperreflexia indica aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central.</p> <p>7.-La presión sanguínea puede fluctuar con frecuencia debido a los efectos dinámicos del tratamiento y variar de vasoconstricción o vasodilatación.</p> <p>8.-Los factores antitrombina disminuyen con el avance de la Hipertensión inducida por el embarazo y las enzimas hepáticas (ALT, AST) se incrementa la oliguria indica la disminución de riesgo renal al disminuir los líquidos extravasculares.</p> <p>9.- Puede aparecer insuficiencia renal debido a la hipoxia si a parece choque a los espasmos vasculares o a una CID.</p> |
| <p>Evaluación: No aparecen convulsiones, la situación general mejora.</p> | |

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica |
|--|---|
| <p>10.-Vigilar los sonidos respiratorios. Obtener los datos basales actuales de:</p> <p>11.-Signos vitales, reflejos tendinosos profundos, clonos, proteínas en orina.</p> <p>12.-Tomar la presión sanguínea cada 1 o 2 horas.</p> <p>13.- Valorar diariamente la perdida visible de peso y edema.</p> <p>14.-Vigilar si hay cefalea y perturbaciones visuales</p> | <p>10.-Sonidos húmedos de la respiración y tos podrían indicar el inicio de edema pulmonar.</p> <p>11.-La hiperreflexia indica aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central.</p> <p>12.-La presión sanguínea puede fluctuar con frecuencia debido a los efectos dinámicos del tratamiento y variar de vasoconstricción o vasodilatación.</p> <p>13.-Son signos de irritabilidad del SNC esta empeorando.</p> <p>14.-Son signos premonitorios de convulsiones inminentes y empeoramiento de la preeclampsia eclampsia.</p> |
| | |

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Se puede concluir que el objetivo planeado para este trabajo fue cubierto, ya que se jerarquizaron los cuidados a los problemas detectados en la valoración, logrando limitar una lesión mayor en cuanto a los diagnósticos de enfermería contruidos. Definitivamente la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el binomio madre-hijo y la enfermera, ya que define el campo de ejecución profesional y produce un aumento de la satisfacción laboral y profesional, por lo tanto es indispensable conocer cada una de las etapas que lo integran y llevarlo a la práctica.

Por todo lo anterior se sugiere lo siguiente:

- Con la finalidad de disminuir las complicaciones durante el embarazo es importante que el personal de enfermería desde el primer nivel de atención realice educación a través de la promoción y fomento a la salud; del binomio madre-hijo.
 - Platicas educativas del embarazo normal y prevenir complicaciones
 - Elaborar trípticos para las madres gestantes con información que le permita conocer acerca de alimentación, higiene, sexualidad, exámenes médicos durante el embarazo.
 - Crear videos con información del parto y trabajo de parto para disminuir la ansiedad en las mujeres gestantes.
 - Crear redes de apoyo para madres primigestas y favorecer el intercambio de conocimientos, dilucidar mitos y creencias
- Dar seguimiento en su domicilio para evaluar su embarazo y disolver todas las dudas de del binomio madre-hijo, así como proporcionar información a la familia y a la comunidad.
- Trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario en las visitas domiciliarias para un buen control prenatal.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro L R, (2003) Aplicación del Proceso Enfermero, México. Barcelona España (5 ed.) Masson
2. Burroughs A., Leifer G. (2002) Enfermería materno infantil, México (8ª)
Mc Graw Hill
3. Cunningham F.G. (2005) Obstetricia de Williams, (22ª), México, Mc Graw Hill.
4. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (2003) Método Científico y Proceso de Enfermería, México
5. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (2004) Fundamentación Teórica para el Cuidado, México
6. Gilbert,H ,2 (2005) Embarazo y Parto de Alto Riesgo(3ra) , Madrid España
7. Gac Mec,V.140n5,Mexicosep/oct (2004)
8. Leifer B.G.A. (2002) Hipertensión Inducida por el Embarazo, 3ra).
Barcelona España, Mc Graw Hill.
9. Lowdermilk Perry Bobak, (2005)Enfermería Materno Infantil Vol. I Y II
(6ª), Barcelona España Océano
10. Marriner, R. (2003). Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Mosby (5ª),
España
11. NANDA2009-(2011) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones clasificación
(5ª), España.
12. MOSBY, Diccionario de Medicina, Barcelona España, OCÉANO
13. O.Perichart, M,Balas,Esshiffman, M Serrano, (2006) Impacto de la obesidad en el estado nutricional de mujeres embarazadas en la ciudad de México.
Medigraphic Artemisa,Vol 74,p11.

14. Pedrero. M. L., (2004) Utilidad para establecer diagnóstico y severidad los síntomas y signos más frecuentes en la paciente pre ecláptica, g:\preeclamsia\gaceta médica de México,. v.140 n.5, México
15. Potter Perry, (2004) Fundamentos de Enfermería Vol. I-II-III y IV, (5ª). Barcelona España Harcourt.
16. P.W. Iyer (2005) Proceso y Diagnostico de Enfermería (5ª) México, Mc Graw Hill.
17. Rodríguez S,B,A,(2005) Proceso Enfermero,México, ,Cuellar,
18. Suzanne,K,F,(2001) El pensamiento Enfermero(1a) Barcelona,Masson
19. S.S.A GPC, Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención: Secretaría de Salud; (2008).www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html, México.

XI. GLOSARIO DE TERMINOS

Datos subjetivos: Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos.

Datos objetivos: Los datos objetivos consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Eclampsia: Es la ocurrencia de convulsiones en asociación con el síndrome de preeclampsia y puede presentarse hasta 10 días posparto.

Hipertensión crónica: Es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo, que persiste después de la sexta semana posparto. Puede asociarse con proteinuria.

Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada: Es el desarrollo de preeclampsia eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

Hipertensión gestacional: Es un diagnóstico provisional que amerita reclasificación en el posparto; si el cuadro es de rápida recuperación y las cifras retornan a lo normal se clasifican como hipertensión transitoria y si las cifras tensionales permanecen elevadas por más de seis semanas se clasifica como hipertensión crónica y no se acompañan de proteinuria.

Hipertensión: Tensión arterial sistólica mayor de 140 mmHg o diastólica mayor de 90 mmHg.

Intervenciones Interdependientes: Definen las intervenciones que el profesional de Enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

Intervenciones independientes: Son las actividades que puede llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico.

Proceso de Enfermería: Es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería mantener el bienestar óptimo de la persona y si este estado cambia proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar.

Preeclampsia: Se define como una tensión arterial mayor o igual a 140 / 90 mm de Hg más proteinuria mayor o igual a 300 mg / 24 horas

Proteinuria: Es la excreción urinaria de más de 300 mg (0,3 gr) proteínas en orina de 24 horas (ideal) o podría correlacionarse con 100 mg/dl (1+) en una muestra aislada

Síndrome de preeclampsia: Se define por la presencia de criterios como TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg; TA diastólica mayor o igual 110 mmHg; proteinuria de al menos 5 gr / 24 horas; elevación de creatinina sérica; edema pulmonar; oliguria; hemólisis microangiopática; trombocitopenia; y aumento de las transaminasas séricas, oligohidramnios y retardo del crecimiento

Valoración: Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

ANEXOS

12.1 FISIOPATOLOGIA DE LA OBESIDAD

La obesidad tiene muchas causas. La sobrealimentación y la baja actividad física producen acumulación de un exceso de grasa corporal.

FACTORES BIOLÓGICOS

- ✚ Genes
- ✚ Proteínas Reguladoras
- ✚ Fármacos
- ✚ Proceso de envejecimiento
- ✚ Enfermedades Endocrinas
- ✚ Eje Hipotálamo Hipofisario

OBESIDAD

FACTORES SOCIALES

- ✚ Acceso a Alimentos
- ✚ Bienestar económico
- ✚ Valores Sociales
- ✚ Desarrollo Poblacional
- ✚ Transporte
- ✚ Tabaquismo

FACTORES PSICOLÓGICOS

- ✚ Cultura
- ✚ Educación
- ✚ Responsabilidad
- ✚ Satisfacción Laboral
- ✚ Estructura del YO
- ✚ Entorno Familiar

Enfoque Biopsico-Social de la Obesidad

12.2 PLAN DE ALTA

Servicio: EMBARAZO DE ALTO RIESGO N° de Expediente: 43256

Datos del Paciente:

Nombre: BAE Edad: 31 Sexo: FEMENINO N° de cama: 317

Diagnóstico de Egreso: Embarazo de 33.4 SDG con **Dx Médico de Enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo Probable (Pb) Preeclampsia leve+(Pb) Intolerancia a carbohidratos.**

Medidas Higiénicas - Dietéticas:

- Baño diario
- Usar ropa interior de algodón
- Limpieza genital de frente hacia atrás
- La dieta recomendada es de 2,200 cal con 50% de carbohidratos complejos ricos en fibra 10 a 20% de proteínas y 20 a 30% de grasas divididas en tres comidas.
- Se permiten tentempiés razonables.
- Tomar al menos de 2 a 3 litros de agua diarios
- Disminuir el consumo de sal de 4 a 6 gm

Cuidados Generales:

- Se recomiendan ejercicios según el estado de vida previo puede caminar y empezar en forma gradual.
- Practicar el ejercicio después de las comidas.
- El ejercicio adecuado posibilita la actividad muscular para ayudar a normalizar los niveles de glucosa.
- Reposo relativo en caso de aumento de la presión arterial
- Elevar los pies en caso de hinchazón al menos 15 minutos .
- Enseñar a la madre como evitar las infecciones urinarias .
- Enseñara a la madre a vaciar su vejiga al menos cada 2 horas mientras este despierta y a orinar después de mantener relaciones sexuales.
- Enseñar a la persona y a su familia a controlar ala tensión arterial en el domicilio.

Cuidados ESPECÍFICOS:

- No incluir en la dieta calorías vacías (dulces)
- Vigilancia de la glucosa, mantener glucemia en ayuno por debajo de 105 mg/dl
Posprandial (después de la comida) inferior a 120mg/dl.
- Enseñar a la persona los signos y síntomas de parto prematuro.
- Enseñar a la persona y su familia a controlar la presión arterial en su domicilio.
Enseñar a la persona a realizar la higiene perianal de delante hacia atrás.
Monitorizar diariamente movimientos fetales.

Terapia Medicamentosa:

- Acido fólico 1 tableta diaria de 5 mg
- Metildopa si la presión esta por arriba de 150/110

OBSERVACIONES:

- Acudir en caso de presentar los siguientes datos de alarma:
- Hipoglucemia: (baja de azúcar) sudoración, hormigueo, temblores palidez, piel pegajosa cefalea hambre visión borrosa
- Hiperglucemia (Alta de azúcar) sequedad de boca, mayor apetito, fatiga nausea, sueño respiración rápida cefalea mucho sueño, no orinar ò orinar mucho mas de lo normal.
- En caso de infección urinaria como (orinar frecuentemente, dolor al orinar,)
- Acudir en caso de presión arterial elevada >(130/90)
- Presencia de hinchazón en manos y pies así como aumento de peso, cara y ojos.
- En caso de presentar de alteraciones visuales, dolor abdominal, cefalea o signos de trabajo de parto, en caso de hemorragia vaginal ò ruptura de la fuente o salida de agua por la vagina.
- En caso de no tener movimientos fetales.
- Comunicar cualquier signo precoz de infección

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

**12.3 INSTRUMENTO METODOLÓGICO
PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

ELABORO: _____

DÍA DE ASESORÍA: _____

TUTOR: _____

FECHA: _____

PRESENTACIÓN

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el modelo de Virginia Henderson, por lo que con fines didácticos se agruparon en tres tipos con base en el criterio de similitud de los elementos biofisiológicos, psicológicos y socioculturales de las necesidades humanas a valorar, a partir de las cuales el alumno analizará sus interrelaciones que le permita la construcción de los Diagnósticos de Enfermería y posteriormente continuar con el proceso de atención planeando las intervenciones de enfermería con enfoque holístico y con base en los objetivos propuesto, implementando criterios de evaluación de los mismos.

Por último se considera un plan de seguimiento del cuidado domiciliario que permita la participación del individuo y de su familia en vías del logro de su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Es indispensable que para la utilización del presente instrumento el alumno maneje conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

II. VALORACIÓN E NECESIDADES HUMANAS

- 1 Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.
- 2 Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.
- 3 Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y aprendizaje.

III. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

IV. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

V. EVALUACIÓN

VI. PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/ seca: _____ Dolor
asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde
cuando fuma/ cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado
emocional: _____

- Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____ BN

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancias alimentarias / Alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

- Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina

y menstruación: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Como influyen las emociones en su patrones de eliminación: _____

- Objetivo:

Abdomen características _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **Subjetivo**

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

- **Objetivo:**

Características de la piel: _____

_____ Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

- **Objetivo:**

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: _____

Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Necesidad de ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo:

Hora de descanso: _____ Horario de sueño: _____
Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Siesta: _____ Ayudas: _____
Insomnio: _____ Debido a: _____
Descansado al levantarse: _____

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: _____
Ojeras: _____ Atención _____ Bostezos: _____ Concentración: _____
Apatía: _____ Cefaleas: _____
Respuesta a estímulos: _____
Otros: _____

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

- Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
Vestido
incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____
Otros: _____

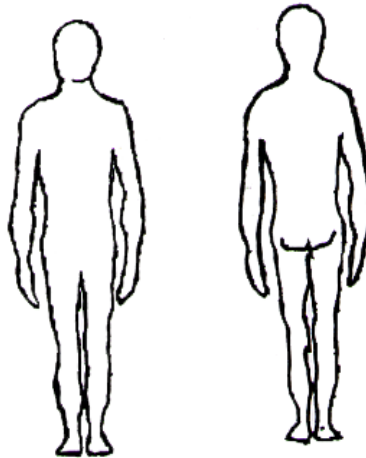
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Subjetivo:

Frecuencia del baño: _____
Momento preferido para el baño: _____
Cuántas veces se lava los dientes al día: _____
Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____

- Objetivo:

Aspecto general: _____
Olor corporal: _____ Halitosis: _____
Estado del cuero cabelludo: _____
Lesiones dérmicas Tipo: _____
(Anote la ubicación en el diagrama)
Otros: _____



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante situación de urgencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: _____

Trabajo: _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____

Familiares: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

- Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.-NECESIDADES BÁSICAS DE:

comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Viven con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familia: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

- Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad. Visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

- Objetivo:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____
Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____
Estas satisfecho con su trabajo: _____ Su remuneración le permite cubrir sus
necesidades básicas y/o las de su familia: _____
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: _____

- Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto /
eufórico: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: _____
Recursos en su comunidad para la recreación: _____
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

- Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____
Rechazo a las actividades recreativas: _____
Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

Otros: _____

-
- Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: ansiedad, dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

III. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

| Necesidad | Grado de dependencia* | Diagnóstico de Enfermería |
|---|---|---------------------------|
| 1. Oxigenación | I _____ PD _____ D _____ | _____ _____ _____ |
| 2. Nutrición e hidratación | I _____ PD _____ D _____ | _____ _____ _____ |
| 3. Eliminación | I _____ PD _____ D _____ | _____ _____ _____ |
| 4. Moverse y mantener una buena postura | I _____ PD _____ D _____ | _____ _____ _____ |
| 5. Descanso y sueño | I _____ PD _____ D _____ | _____ _____ _____ |
| 6. Usar prendas de vestir adecuadas | I _____ PD _____ D _____ | _____ _____ _____ |
| 7. Termorregulación | I _____ PD _____ | _____ |

* (I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente y (D) Dependencia.

| | | |
|---|----------|-------|
| 8. Higiene y protección de la piel | D _____ | _____ |
| | I _____ | _____ |
| | PD _____ | _____ |
| 9. Evitar peligros | D _____ | _____ |
| | I _____ | _____ |
| | PD _____ | _____ |
| 10. Comunicarse | D _____ | _____ |
| | I _____ | _____ |
| | PD _____ | _____ |
| 11. Vivir según sus creencias y valores | D _____ | _____ |
| | I _____ | _____ |
| | PD _____ | _____ |
| 12. Trabajar y realizarse | D _____ | _____ |
| | I _____ | _____ |
| | PD _____ | _____ |
| 13. Jugar y participar en actividades recreativas | D _____ | _____ |
| | I _____ | _____ |
| | PD _____ | _____ |
| 14. Aprendizaje | D _____ | _____ |
| | I _____ | _____ |
| | PD _____ | _____ |

- (I) Independiente, (PD) Parcialmente Dependiente y (D) Dependencia.

Fecha: _____
 Hora: _____
 Firma: _____

IV Y V PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FECHA Y HORA | OBJETIVO | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | OBSERVACIONES |
|---|----------|------------------------------|---------------|
| | | | |

VI PLAN DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FECHA Y HORA | OBJETIVO | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | OBSERVACIONES |
|---|----------|------------------------------|---------------|
| | | | |