



INSTITUTO MARILLAC A.C.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA
MUJER EMBARAZADA CON ALTERACIÓN METABÓLICA
BASADO EN LA VALORACIÓN DE LAS CATORCE
NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
ROMERO LANDA DANIELA

CON LA ASESORÍA DE:
MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SANCHEZ

NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS:

A dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por qué hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi madre, cuyo vivir me ha demostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y sutil coraje para derribar miedos, gracias por tu incondicional apoyo, tanto al inicio como al final de este sueño, de mi carrera , por estar pendiente de mí, cada momento y por ser ejemplo de arduo trabajo y tenaz lucha en vida, tú tienes algo de dios por la inmensidad de tu amor y mucho de ángel por ser: mi guarda y por tus incansables cuidados. Por qué si hay alguien que está detrás de todo este trabajo eres tú, que has sido eres y serás el pilar de mi vida.

A Manuel Sebastián que es un ángel que llego a dar luz y fortaleza a mi vida y hace que mis días estén llenos de felicidad y es mi fuerza así como mi guía para seguir en cada adversidad.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Profesora Sandra M. Sotomayor Sánchez por aceptarme para realizar el presente proceso bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de este trabajo, sino también en mi formación como investigadora. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntas, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este proceso. Muchas gracias Profesora por su esfuerzo y dedicación y así por sus conocimientos, su experiencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar con éxito.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional alas que me encantaría agradecerles su amistad, consejo, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos muchas gracias y que dios los bendiga

ÍNDICE

I Introducción.....	4
II Justificación.....	5
III Objetivos.....	6
IV Metodología.....	7
V Marco Teórico.....	8
5.1 Concepto de Enfermería.....	8
5.2 Enfermería como ciencia.....	9
5.3 El cuidado como objeto de Estudio de enfermería.....	23
5.4 Teoría de Enfermería.....	24
5.4.1 Clasificación de las teorías de Enfermería.....	26
5.4.2 Teoría de Virginia Henderson.....	28
5.5 Proceso de Enfermería.....	40
5.6 Embarazo.....	62
5.6.1 Fecundación y Embarazo.....	72
5.6.2 Relación Sexual y Embarazo.....	74
5.6.3 Alteraciones más frecuentes en el embarazo.....	79
5.6.3.1 Diabetes.....	80
VI Desarrollo del proceso atención de enfermería.....	91
6.1 Presentación del caso.....	91
6.2 Análisis de la Valoración.....	92
6.3 Desarrollo de la etapa del proceso.....	93
Conclusión.....	109
Referencias Bibliográficas.....	111
Anexos.....	114
Datos de valoración.....	115

I. Introducción.

La Diabetes se presenta en 2% a 5% de todos los embarazos y su prevalencia sigue en aumento. Hace 40 años la mayoría de las mujeres con diabetes que acudían a una clínica prenatal tenía diabetes tipo 1 y eran jóvenes, no obesas y de baja paridad. En la actualidad casi todas las mujeres tienen diabetes tipo 2, o diabetes gestacional (GDM) y son mayores, mas obesas y de paridad más elevada. Estas mujeres también incluyen una pequeña proporción de pacientes diagnosticadas con formas raras mono genéticas o mitocondriales de diabetes, que previamente podrían haber sido mal clasificado como diabetes tipo 1 o 2.

Se predice que la prevalencia de la diabetes tipo 2 entre mujeres en edad fértil aumentara debido a las tendencias actuales sobre obesidad e inactividad física.¹

El presente trabajo comienza planteando cada uno de los objetivos a llevar a cabo, consta de una metodología especifica desarrollando cada una de las etapas del proceso enfermero y los recursos que ese utilizaron en cada una de ellas, de un marco teórico desarrollando la teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades así como algunas otras definiciones que nos ayudaran a comprender mejor el proceso enfermero y sus antecedentes.

Posteriormente comenzaremos con la presentación de la paciente, desarrollando toda la valoración hecha en tres días de estancia hospitalaria, después se desarrollaran los diagnósticos, intervenciones y ejecuciones pertinentes para esta paciente recordando nuestro modelo holístico (enfoque biopsicosocial-espiritual) Por último estarán las conclusiones,

La finalidad de este trabajo es que la persona mejore su calidad de vida, identificar hábitos que comprometan su estado de salud, informar a la persona e integrantes

¹ D. Keith Edmonds. Ginecología y obstetricia de DewhurstB. ed. 7ª México: Mc Graw Hill. 2011 pag.246

familiares sobre su patología y el porqué del cuidado que debe tener así mismo, situaciones de riesgo para evitar complicaciones respecto a su estado actual de salud, incluyendo su mejoría basándonos en un modelo holístico y favoreciendo que la persona no deje su rehabilitación o su cuidado ambulatorio durante el tiempo que le sea prescrito.

II. JUSTIFICACION

La realización de un proceso de atención de enfermería PAE es parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermera en el cuidado de toda persona enferma y refuerza las habilidades y aspectos socio humano.

La capacidad del personal de enfermería aumenta a través del conocimiento teórico, ya que es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirven de referencia ante la duda.

El proceso de enfermería es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión con los años. Dicho proceso ha cambiado y evolucionado y, por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión.

La enfermera juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo; hay que incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud.

La diabetes mellitus es un problema de salud que afecta a todas las comunidades, con independencia de su grado de desarrollo y que ocasiona un importante coste humano, social y económico (OMS).

Este trabajo se ha diseñado atendiendo a las siguientes razones:

Prevalencia de la diabetes en aumento, cada año las cifras aumentan.

Y en el caso de las pacientes embarazadas también.

Gran trascendencia socioeconómica.

Existencia de mecanismos de control de la enfermedad que suponen un tratamiento largo, continuado y costoso.

Competencia de la Atención Primaria en éste campo, desterrando la idea de que el control de la diabetes es exclusivo del segundo y tercer nivel de atención sanitaria. Se debería hacer más énfasis en el grupo de embarazadas con los factores de riesgo para esta enfermedad.

Evaluar el impacto de las acciones desarrolladas en éste campo. Diagnóstico precoz es la única forma de que el embarazo sea bien tratado y llevadero.

Beneficios como el del personal de enfermería conozcan el protocolo a seguir para tratar las hiperglicemias y lo que se espera al término de la gestación y posteriores acciones.

III OBJETIVOS

General.

- Desarrollar y aplicar un Proceso de enfermería a una mujer embarazada con alteración metabólica bajo el enfoque de la teoría de Virginia Henderson con la finalidad de logra un cuidado holístico y de calidad.

Específicos.

- Valorar a la persona con Diabetes Gestacional con etiología de diversas causas a través de su historia clínica, el instrumento de valoración y exploración física.
- Formular diagnóstico de enfermería de acuerdo a la valoración realizada, poniendo objetivos en cada uno de ellos para planear cuidados de calidad.
- Planear los cuidados de enfermería pertinentes de acuerdo a la patología del paciente vigilando que se lleven a cabo de acuerdo al proceso atención de enfermería de forma sistematizada y ordenada, centrándonos en las necesidades mayormente alteradas pero sin dejar de ver a la persona como un ente biopsicosocial- espiritual.

- Documentar e informar la situación de la paciente, resultados, estrategias, indicaciones, intervenciones y evaluar la mejora de la persona gracias a todos estos rubros.
- Educar a la persona y familiares sobre su estado de salud, cuidados, complicaciones, factores de riesgo, rehabilitación y tratamiento no farmacológico para mejorar la calidad de vida del individuo

IV. Metodología.

El presente proceso de enfermería se realizó en la Unidad Médica de Alta Especialidades Hospital Gineco-Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala ubicado en Rio Magdalena entre revolución y periférico (Pedregal San Ángel) 01790 México D.F.

La valoración comprende la relación y análisis de datos para obtener información crucial acerca de la paciente de cuidado, se obtuvieron los resultados durante la estancia de la paciente en el hospital, los recursos que se utilizaron son la información proporcionada por la paciente, concluyéndola con la del expediente clínico evaluando las notas de evolución, registros de enfermería y análisis de laboratorio. La entrevista se realizó con un interrogatorio directo. La exploración física se realizó en conjunto con la entrevista, consistió en un examen minucioso haciéndose valer de la observación, auscultación, palpación y percusión de cada uno de los sistemas. Se identificaron cada uno de los datos objetivos que es la información concreta como signos vitales, laboratorio y aspecto físico.

Posteriormente se realizó la organización de los datos en cada una de las 14 necesidades de Virginia Henderson y finalmente se identificaron las necesidades alteradas en el paciente.

Los diagnósticos de enfermería son un juicio clínico que se establece a partir del análisis de datos relacionados con la respuesta humana salud- enfermedad, se evalúan los problemas dependientes, independientes e interdependientes para

llevar a cabo los diagnósticos que nos ayudara posteriormente a priorizar las necesidades más alteradas.

La planificación es la identificación del resultado, así como la intervención de enfermería y las actividades que se van a realizar para potenciar respuestas humanas.

En esta etapa se establecerán los objetivos a alcanzar para la paciente.

En la ejecución es la respuesta práctica a las actividades programadas con la paciente para promover, mantener o establecer el estado de salud sustentada por actitudes o procedimientos fundamentados.

En la evaluación se hace una medición de resultados perceptibles en las respuestas humanas del paciente a través de datos medibles.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Concepto de Enfermería.

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el trabajador de enfermería utiliza sus opiniones,

conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.²

5.2 Enfermería como Ciencia.

Al hablar de Ciencia y todos los aspectos de la misma, es indudable que la Enfermería se ubica como una Ciencia. La sociedad de Enfermería en su evolución ha realizado una gran producción teórica en el estado positivo, en tanto que posee un sistema de Ideas, estudia casos que pueden ser observados; puede definir las formas para explicar los fenómenos de su interés y llegar a establecer las relaciones entre ellos.

En 1950 el término Ciencia de enfermería era poco frecuente, en vista que los Cuidados enfermeros estaban sujetos a coordenadas de servilismo, dentro del campo de lo doméstico, y considerados como un saber práctico exclusivamente, desde sus orígenes, por lo tanto, es en el Libro Notes of Nursing de Florencia Nightingale, donde se establece una nueva concepción de una Enfermería más profesionalizada, estableciendo que la base de la filosofía enfermera se centraba en el paciente, más que en la enfermedad.

Es con la incorporación del método científico que se afirma la existencia de la Ciencia de Enfermería, que permite la utilización de procedimientos de pensamientos para establecer cauces adecuados que expliquen los hechos representados dentro de su objeto de estudio, procurando de este modo, el conocimiento de esta materia y su delimitación como científica, ya que, el propósito de una Ciencia se ha descrito como "el descubrimiento de nuevos conocimientos existentes, y confirmación de los conocimientos que se tenían".

Por tanto, es dentro de la Ciencia donde entendemos que debe "desarrollarse el conocimiento enfermero" En definitiva, sobre la base de nuestras nociones corrientes acerca de cómo son los fenómenos enfermeros, lo que hemos

² www.sonico.com/g/968016285/...enfermeria/.../enfermeria-como-ciencia
19/09/2011 - Enfermería como Ciencia:

determinado desde nuestro sentido común, pero que ha de suponer la propia base de la Ciencia enfermera, que tiene una continuidad histórica con la experiencia común, con los modos comunes de hablar y de pensar, pues la ciencia como hemos argumentado, no se desarrolla de la nada, sino que por crecimiento, por modificación y por replanteamiento radical de la tradición y de los conceptos atrofiados. Es por ello que la construcción, aplicación y mantenimiento de las Teorías de Enfermería debe considerarse fundamentalmente, para de este modo ordenar los conocimientos, sino otras de disciplinas, que podrán comprobar la similitud y la coherencia del mensaje.

De esta forma se alcanzara sin duda un rigor notable en la construcción del Conocimiento Científico Enfermero, constituyendo y conformando un esquema conceptual que va más allá de las necesidades ordinarias del lenguaje común, del sentido común y de la actividad común en cuyo marco se ha desarrollado hasta ahora. Por ello, se debe plantear análisis de los conceptos todo ello son la aplicación del método científico, recordando que el método científico no es más que, el procedimiento o el conjunto de procedimientos que se utilizan para obtener conocimientos científicos, el modelo de trabajo o pauta general que orienta la investigación.

La Ciencia de Enfermería deberá.

Experimentar, descubrir, medir, observar e inventar y explicar el cómo y el porqué de los fenómenos enfermeros, además de inventar técnicas y herramientas, proponer y disponer, hacer hipótesis y ensayar, crear conjeturas refutar, confirmar o no confirmar, separa lo verdadero de lo falso, lo que tiene sentido de lo que no lo tiene. De este modo nos dirá como llegar y en definitiva, como hacer lo que queremos hacer. Será, entonces el impulso por saber el que moverá la Ciencia de Enfermería para seguir avanzando.

Roger (1967) afirma: "sin la ciencia de la enfermería no puede existir la práctica profesional"

La enfermera tiene dos dimensiones principales

1. La ciencia de la enfermería y

2. "La utilización o aplicación de esta ciencia para el mejoramiento del hombre".

Esta práctica proporciona una gran contribución a la Construcción de la Ciencia de Enfermería y lo hace a través de las observaciones de la realidad, debido a que estas observaciones le permiten construir el conocimiento.³

Fundamento teórico-filosófico de la ciencia del cuidado.

La Enfermería como ciencia humana práctica es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplica a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad.⁴

Al aplicar el método científico de enfermería (Proceso de Atención de Enfermería) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades afectadas, por lo que crea un plan de cuidados que le ayude a satisfacerlas, siempre que el sujeto las acepte y las apruebe, deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, junto con sus creencias y valores personales.

³ www.sonico.com/g/968016285/...enfermeria/.../enfermeria-como-ciencia
19/09/2011 - Enfermería como Ciencia:

⁴ Kérouac S. *El Pensamiento Enfermero*. España: Masson S.A.; 1996.

Podemos plantear que atender las necesidades de la persona y de la familia, mantener un bienestar óptimo y contribuir con elevada calidad de vida posible son algunos de los objetivos fundamentales de la profesión.

El enfermero asume además la responsabilidad en el Proceso de Atención de Enfermería, como necesidad que tiene esta especialidad profesional de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía.⁵

La Filosofía es la ciencia constituida por la lógica, la ética, la estética, la ontología y la epistemología que investiga las causas y las leyes que indagan sobre la naturaleza de las cosas, sobre la base de un razonamiento lógico y no en un método empírico. Además, es una ciencia compleja que abarca aspectos como el conocimiento, el sistema de valores y la conciencia que tienen las personas. Nos servimos de ella cuando tomamos su base metodológica para la elaboración de una filosofía de Enfermería.

La Filosofía como ciencia nos permite desarrollar y orientar nuestro "saber ser", mediante la ontología y la estructura del conocimiento, para utilizar su método científico y conocer al ser mediante la epistemología; aspectos que retomamos en el proceso de enfermería como necesidad que tiene el profesional de elaborar y reflexionar acerca de su propia filosofía.

La filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.⁶

La filosofía de Enfermería agrupa algunas creencias que rigen la conducta de cada persona, si analizamos nuestra misión: "Lograr un óptimo estado de salud de

⁵ Iyer P. Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1997.

⁶ Leddy S, Pepper J.M. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company; 1997.

la persona, familia y comunidad, prestándoles una atención integral, personalizada y libre de riesgos".⁶

La Enfermería es una profesión de servicio de salud que responde a una necesidad: ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí mismas o a las personas que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar, como causa de una situación de salud particular.

La integración de la Filosofía dentro del Proceso de Atención de Enfermería y la suposición de que la filosofía de una persona determina sus actos, respalda la necesidad que tienen los enfermeros de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía.⁷

El Proceso de Atención de Enfermería está basado en el pensamiento lógico y en el método científico, regido por un código ético, que se ocupa de la salud de los seres humanos y de la evolución de la práctica a partir de la teoría. Este método científico de actuación constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, sobre la base de las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, con el objetivo de atender las necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno.

En la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico en cada una de sus fases, lo cual nos facilita examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusión.

El pensamiento científico es el método empleado por la ciencia para proporcionar una forma sistematizada especial del pensamiento y facilitar el cuestionamiento reflexivo.

⁷ Jiménez R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica. La Habana Ed. Ciencias Médicas, 1998.

En la dimensión del razonamiento científico se encuentra el uso de:

1.-La lógica. Mediante el empleo del enfoque lógico, organizado y consciente podemos comprender el procedimiento del razonamiento que constituye la fuente del ser humano para aprender.

2.-La competencia. Por medio de la adquisición y actualización de la base del conocimiento y mediante las experiencias de la propia práctica clínica.

3.-La flexibilidad. Permite acomodarse a razonamientos e ideas divergentes.

4.-La creatividad. Mediante un pensamiento creativo que promueva la curiosidad y el desarrollo de estrategias innovadoras.

5.-La iniciativa. Estimula la actuación precoz y el razonamiento creativo.

6.-La comunicación. Utiliza la interrelación verbal y no verbal.

Estos elementos del razonamiento científico se encuentran implícitos en las propiedades del Proceso de Atención de Enfermería y se retoman en el razonamiento crítico que se aplica en cada fase. Esto influye en las opiniones, conocimientos y habilidades personales para formar la base de la interrelación entre el enfermo y el paciente, a partir de las percepciones, valores y metas personales.

Las 3 áreas de la filosofía que se relacionan con el Proceso de Atención de Enfermería son: el conocimiento, los valores y la existencia.

1.-Conocimiento. Basado en el pensamiento lógico y en el método científico.

2.-Valores. Están regidos por un código ético propio.

3.-Existencia. Se ocupa de la enfermera y la persona como seres humanos y de la evolución de la práctica basada en la teoría.

La filosofía emplea como método los procesos intelectuales, por lo que el conocimiento es importante para la Enfermería, ya que es una ciencia y su proceso de atención se basa en la lógica y en el método científico.

Desde los años 50 del siglo pasado, la enfermería ha participado activamente en el desarrollo de una teoría propia, por tanto, resulta evidente que está comprometida con sus propias creencias y respecto a su existencia profesional.⁸

La importancia de los valores es esencial porque la Enfermería efectúa de manera constante declaraciones de actividades y preferencias, conforme a su competencia en la relación existente entre el enfermero y el paciente, con respeto hacia la persona sin enjuiciar su status socioeconómico, grupo étnico, orientación sexual, raza, cultura o influencias ideológicas.

Aunque el sistema de valores humanos altruistas se aprende al principio de la vida, estos pueden ser fortalecidos por los formadores de Enfermería, así como establecer el sistema de valores y creencias del profesional para su adecuada interrelación enfermero-paciente. Estos formadores deben atender e interrelacionar lo cognitivo-afectivo-volitivo e ideológico, la formación de la autoconciencia, el conocimiento de sí mismo por la reafirmación del yo, y el yo profesional.

Determinar un comportamiento humanista en la relación ciencia-valor-disciplina-programa-asignatura permite desarrollar un proceso de transformación interna y autoconstrucción de una escala de valores.

La formación de valores como la responsabilidad, la dignidad, la honestidad, la solidaridad, la cortesía, el patriotismo, el sentido de pertenencia y el internacionalismo son cualidades que se deben fomentar en los educandos de enfermería, los cuales permitirán reconocer su sensibilidad y sus sentimientos, al ser más generosos, auténticos y humanos. Esta formación humanista de respeto y

⁸ Iyer P. Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.

amor a las personas es la tendencia más profunda del desarrollo moral de la Enfermería.

Florence Nightingale dejó como legado al personal de Enfermería 2 cualidades morales que nos deben caracterizar: la veracidad y la fidelidad. La enfermería actualmente se encuentra en plena madurez profesional, preparada para la elaboración de su propio código ético, ya que cuenta con un profesional con conciencia y actitudes hacia la toma de decisiones.

Este profesional de enfermería cuenta con hábitos básicos para la profesión que lo distinguen de otras.⁹

Tiene identidad como trabajador en una estructura ocupacional en donde su objetivo principal es el cuidado y su metodología el Proceso Atención Enfermería.⁹

En el recorrido transversal de los saberes, desde Florence Nightingale a la actualidad, varias teorías de enfermería sustentan en sus postulados que "...la enfermería es ciencia y arte, se destaca el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería.

La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación -el Proceso de Atención de Enfermería- que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas.

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, ha existido desde

⁹ Medina Castellanos CD. Ética y Legislación. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21, 2002.

el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas.

Durante mucho tiempo se ha tenido a la enfermera inglesa Florence Nightingale (1820-1910), como la iniciadora de la obra y de las tareas de las enfermeras. Durante la guerra en Crimea, organizó y mejoró sensiblemente las instalaciones sanitarias de campaña; además, escribió varias obras acerca de estas reformas.

En relación con la función profesional y cómo debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, una corriente de opinión importante que aborda la filosofía de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de salud. Se publicó en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau, que tiene por título, *Interpersonal Relations in Nursing*. En este mismo año apareció la revista *Nursing Research*, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación.

En 1955, surge la teoría Definición de Enfermería, de Virginia Henderson, adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería. Estas y otras teorías que surgieron a partir de la segunda mitad del pasado siglo han sido de gran relevancia para la profesión, fomentando el desarrollo epistemológico de la ciencia de Enfermería.

Varias son las teorías que plantean que la enfermería es un arte y una ciencia. Esto se puede corroborar, si analizamos las definiciones de enfermería que se encuentran dentro de sus postulados teóricos.

En este recorrido transversal de los conocimientos, desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos meta paradigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado, centro de interés de la enfermería, constituyendo, el cuidado el objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. *Roger* en 1967 planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”.

El cuerpo de conocimiento de enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente.

La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente.

Al aplicar el método científico de actuación (Proceso de Atención de Enfermería) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades afectadas, para ello crea un plan de cuidados que ayude a satisfacer esas necesidades. Estas deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.

El enfermero/a asume además, la responsabilidad en el Proceso de Atención de Enfermería, como necesidad que tiene esta especialidad profesional de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía.

La filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana.

La práctica de Enfermería puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.

Si analizamos el postulado de Florence Nightingale se puede evidenciar que desde 1859 esta enfermera tenía una visión clara de la Enfermería como arte del cuidado

Desde los postulados de Florence Nightingale ha transcurrido más de un siglo, durante el cual varias enfermeras fueron esclareciendo la esencia y razón de la Enfermería, mediante la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía del cuidado, intentando precisar su propia área de investigación y de la práctica. Estas enfermeras, a menudo llamadas teorizadoras y meta teóricas, han querido delimitar el campo de la disciplina de Enfermería según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación. Las

disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.¹⁰

La Enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más, toda consolidación, debe ir respaldada por una teoría, que le da sentido y metodología, así como por una práctica, que la hace útil y funcional.

Tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidados de Enfermería, sin hacerlo sistemáticamente, se queda en un simple ejercicio intelectual. Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería sin un modelo teórico de referencia, sólo sirve para sistematizar actividades aisladas que únicamente tienen significado para quien aplica el proceso.

Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia.

La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

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

Podemos plantear que es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

¹⁰ <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library> *Fundamento teórico-filosófico de la ciencia del cuidado.*

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, es la investigación el proceso principal, a través del cual se arriba al conocimiento científico.

La investigación permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías e hipótesis y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que esta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que discurren en la práctica.

La investigación se logra mediante la aplicación de procedimientos detallados y rigurosos donde se concreta lo que se conoce como método científico de investigación

La investigación científica es un conjunto de acciones planificadas que permite:

- Resolver total o parcialmente, un problema científico determinado.
- Rechazar los supuestos de una teoría ya existente.
- Crear y validar nuevas teorías.

Es importante resaltar que la investigación sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí, en la práctica, donde se obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías.

El profesional de enfermería debe utilizar en sus investigaciones los hallazgos de su propia práctica clínica, pues la práctica debe verse como la fuente del conocimiento. El conocimiento científico es el resultado de la investigación, lo que permite la consolidación del marco teórico y constituye los cimientos de la ciencia y su desarrollo.

Las investigaciones en enfermería deben utilizar nuestro método científico de actuación, lo que permitirá la práctica basada en la evidencia científica, lo cual posibilitará afirmar los supuestos anteriores de los fenómenos estudiados o

sustentar la necesidad de abandonar las suposiciones anteriores. Esta tiene el gran reto de sustentar con elementos sólidos nuevas teorías, desarrollando la revolución y consolidación en la ciencia.

Gracias a la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, es que se clasifica el campo de la disciplina científica de la enfermería.

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

La enfermería el arte milenario del cuidado, se ha convertido en una ciencia reconocida a mediados del siglo pasado; como toda ciencia consta de un cuerpo teórico conceptual que sustenta sus principios y objetivos, posee un método científico propio, el Proceso de Atención de Enfermería, que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad.

Al analizar el paradigma teórico-filosófico de enfermería debe verse como una estructura de conocimientos que permite guiar y desarrollar la comprensión de esta ciencia, desde un punto de vista epistemológico, que es el eje fundamental para una visión científica de esta disciplina.

Las premisas abordadas en este tema, nos permiten aseverar que no existe ciencia de enfermería sin la aplicación de la investigación científica, que sustente y nutra el cuerpo de conocimientos, el cual no puede estar estático, sino, en continuo movimiento y evolución.¹⁰

5.3 El cuidado como objeto de estudio de enfermería

Las personas en el transcurso de los años han necesitado de cuidados y asistencia en la salud y enfermedad. La enfermería se ha preocupado por el cuidado del hombre, por tal razón, diversos autores han considerado que el objeto estudio de esta Profesión es el cuidado, y es entendido como un proceso de interacción sujeto-objeto-ambiente con la finalidad de apoyar al individuo, familia o comunidad, con fines terapéuticos. Para la construcción del objeto de estudio se hace necesario definirlo correctamente, contar con un lenguaje propio que genere una identidad específica. La investigación en enfermería es la piedra angular para la construcción definitiva y delimitación de esta tendencia.

Análisis del Objeto de Estudio.

La definición del objeto de estudio de una disciplina es complicado de determinar, puesto que requiere un análisis a profundidad sobre la disciplina misma, es el comprender la base que la sustenta. Esta búsqueda del objeto de estudio se convierte en algo difícil cuando se trata de disciplinas que no son del todo exactas como lo podría ser la matemática, la química o el derecho, tal es el caso de enfermería. Para Berlín Isaías la construcción del campo de estudio de una disciplina "...están determinados por las clases de preguntas para cuya respuesta han sido inventados. Las preguntas mismas son inteligibles si y sólo si sabemos dónde buscar las respuestas" dichas preguntas de interés, las más de las veces, están condicionadas por un antecedente de duda, de asombro o perplejidad. El tipo de pregunta se pueden plantear de diversas formas a saber: formales, fácticas o filosóficas. En las dos primeras clases de preguntas poseen "sus propias técnicas especializadas"; respecto a la respuesta de la pregunta filosófica, esta no puede ser contestada ni mediante la observación,¹¹

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de

¹¹ Fuerbringer M, et al. Enfermería, Disciplina Científica. México: Ed. Universitaria Potosina;1995

enfermería. A partir de allí se desarrollaron los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador como la persona que entrega cuidado- y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción.¹²

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida”, es decir, el cuidado es un pro-ceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.¹³

5.4 Teoría de Enfermería

Teoría: conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación.

Serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos. “Una teoría consiste en una serie de conceptos organizados de forma sistemática y conectada lógicamente para explicar su relación” .Chinn y Jacobs (citadas por Riehl-Sisca) definen una teoría como: “un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando

¹² Jiménez R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica. Editorial Ciencias Médicas; 1998.

¹³ Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson S.A.;1996

interrelaciones específicas entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos

Modelo

Un modelo es un conjunto de supuestos acerca de un objeto o sistema. En 1994 McKenna definió modelo de enfermería como una representación del cuidado que se construye de forma sistemática y ayuda a quienes la practican a organizar su pensamiento acerca de lo que hacen, así como transferirlo a la práctica para el beneficio de los pacientes y la profesión.

Esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Para Riehl-Sisca el modelo: “es un diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionado.

Paradigma

Otro término que aparece en el lenguaje de los modelos y las teorías de enfermería es el paradigma, que se define como ejemplo o ejemplar. Por tanto, podríamos definirlo como un referente y así es: el paradigma es el referente en la construcción de un modelo o teoría. Para T. Khun un paradigma es el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referente para el desarrollo de la ciencia.

Cuando hablamos de paradigmas, estamos refiriéndonos a las estructuras, marcos referenciales, a partir de los cuales se desarrolla un modelo o teoría de enfermería.

En función de las características que tenga dicha estructura, el modelo o teoría será diferente. Por tanto, ocurrirá lo mismo que referíamos al hablar del efecto de los supuestos. Un modelo o teoría sólo podrá alcanzar la universalización mientras se encuentre dentro del paradigma predominante¹⁴

¹⁴ HERNÁNDEZ CONESA, J; ESTEBAN ALBERT, M.- (1999) *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método*. McGraw-Hill Interamericana

Meta paradigma

Fawcett (1989) define Meta paradigma como: la perspectiva global de cualquier disciplina que actúa como una estructura que encapsula y al interior de la cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales.

Un meta-paradigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos.

Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El meta paradigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del meta-paradigma enfermero son:

1. Cuidado
2. Persona
3. Salud
4. Entorno

5.4.1. Clasificación de las Teorías de Enfermería

En esta clasificación de los modelos se agrupan tomando como referencia las teorías que les han servido para su elaboración.

- *MODELOS DE INTERACCIÓN*: Basados en la teoría de la comunicación – interacción de las personas, destacan: Orlando (1961), Riel (1980), Kim (1981).
- *MODELOS EVOLUCIONISTAS*, se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de enfermería.

- Son útiles en cualquier campo de enfermería. Destacan: Thibodebea (1983), Peplau (1952).
- **MODELOS DE NECESIDADES HUMANAS:** Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Destacan: Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980).
- **MODELOS DE SISTEMAS:** Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de enfermería. Destacan: Roy (1980), Jonson (1980), Newman (1982).

MODELOS DE SISTEMAS: Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación enfermera. El concepto de sistema constituye la noción central, entendiéndose por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

- **SISTEMAS CERRADOS:** Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.
- **SISTEMAS ABIERTOS:** Funcionan en base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Una diferencia fundamental entre ambos es que los sistemas cerrados deben alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico independiente del tiempo. Por el contrario los sistemas abiertos, pueden alcanzar en ciertas condiciones, un estado que se denomina uniforme, también independiente del tiempo. En este estado uniforme, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes.

Los sistemas se organizan internamente mediante una estructura de niveles jerárquicos llamados subsistemas. Las propiedades de los sistemas abiertos son las siguientes:

1. **TOTALIDAD.** Cada una de las partes está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.
2. **EQUIFINALIDAD.** Puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.
3. **RETROALIMENTACIÓN:** Parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como parte de la información acerca de dicha salida. La retroalimentación negativa se utiliza para disminuir la desviación de salida con respecto a una norma establecida y la positiva actúa como una medida para aumentar la desviación de salida.

Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona, podríamos decir que:

- Cada persona es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
- Cada una de las personas está rodeada por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.
- El núcleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.¹⁵

5.4.2. Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

¹⁵ MARRINER-RAILE.-(2011, 7ª ed.) *Modelos y teorías en enfermería*. ELSEVIER. MOSBY

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...

1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

1922 inicia su carrera como docente.

1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.

1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1960 Su folleto Basic Principles of Nursing Care Para el International Council of Nurse.

1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

Catholic University.

Pace University.

University of Rochester.

University of Western Ontario.

Yale University.

Old Dominion University.

Boston College.

Thomas Jefferson University.

Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Riemann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.¹⁶

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento del ciclo de la vida, fomentando en mayor o menor grado el auto cuidado del paciente.

La teoría de Virginia Henderson es considerada una filosofía definitoria de enfermería se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo, en todo tipo de actividad que contribuye a su salud o recuperarla.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. Su filosofía se basa en el

¹⁶ Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril

trabajo de Thorndike. Henderson puso de relieve el arte de enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente, la creación de conceptos de autoayuda.

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

“La función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que el realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo”

El consejo Internacional de Enfermería adoptó esta difusión

Para Virginia Henderson la profesión de enfermería es una profesión independiente

Define una serie de elementos para sus Modelos de Cuidados:

- Estado de salud: Es el que da mayor nivel de independencia al ser humano, aumenta la calidad de vida respecto a su salud y le permite trabajar con la máxima efectividad.
- Entorno: Es el conjunto de condiciones externas que influyen en el estado de salud y en el desarrollo del individuo.
- Rol Profesional: La enfermera suple o ayuda al individuo a realizar las actividades necesarias para conseguir su salud como:

*Suplencia: En enfermedad grave, inconsistencia, recién nacidos etc.

* Ayuda. Para tratamientos cuidados hospitalarios y domiciliarios. etc.

Necesidad fundamental: según Virginia Henderson es la necesidad vital, es decir, todo aquello que es, esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia: Capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus Necesidades

Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: Puede darse de 2 formas

- Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer sus 14 Necesidades básicas.
- Actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Para conseguir su objetivo, los enfermeros deberán de valorar 14 necesidades básicas y los factores que pueden influirlas o modificarlas. ¹⁷

Fuentes Teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

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

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

Tendencia y Modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Principales Conceptos y Definiciones

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

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

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de

enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Enfermería

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

Salud

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

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

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.¹⁸

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1.- Respirar normalmente

(La respiración es el conjunto de mecanismos a través de los cuales el organismo utiliza oxígeno y elimina gas carbónico.)

2.- Comer y beber de forma adecuada.

¹⁸ MARRINER-RAILE.- (2011, 7ª ed.) *Modelos y teorías en enfermería*. ELSEVIER. MOSBY

(La nutrición es el proceso biológico en el que el organismo asimila los alimentos y líquidos necesarios para el funcionamiento, crecimiento y el mantenimiento de las funciones vitales. Y la alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la ingesta de alimentos)

3.-Evacuar los desechos corporales.

(Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de evacuar las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan de procesos fisiológicos del organismo)

4.-Moverse y mantener una postura adecuada

(Esta es una necesidad de todo ser vivo, esto para permitir la eficacia de las diferentes funciones del organismo).

5.- Dormir y descansar.

(El descanso es definido como un estado de relajación física y mental que propicia la restauración de algunas funciones corporales y del que se obtiene una sensación agradable de recuperación de energía)

6.- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

(Es la capacidad para vestirse y desvestirse y para hacer que la apariencia personal sea presentable y agradable para uno mismo y para los demás.)

7.- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

(La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo.)

8.- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.

(La limpieza y protección de tegumentos, permiten tener una apariencia cuidada y actuar como protección de cualquier microorganismo.)

9.- Evitar peligros y no dañar a los demás.

(Los peligros son aquellas situaciones en las que el daño proviene de una fuente externa a la persona.)

10.-Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones. : (La comunicación es un proceso de intercambio de mensajes verbales y no verbales, que incluye la forma en que se interpretan dichos mensajes.)

11.- Profesar su fe.

(La salud espiritual o bienestar espiritual consiste en sentirse bien, útil y realizado, es una forma de vivir, de considerar la vida una experiencia agradable y llena de sentido.)

12.- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.

(La autorrealización en un proceso continuo del desarrollo de nuestros potenciales. Emplear nuestras habilidades e inteligencia y trabajar para hacer bien lo que deseamos.)

13.- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

(Divertirse es una actividad agradable con el objetivo de obtener descanso físico y psicológico.)

14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

(La educación es el proceso por el cual una persona es entrenada para dar solución a situaciones)¹⁹

Supuestos Principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona

¹⁹ Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/)

debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

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

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

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

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

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

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

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

Relación enfermera – médico:

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

Relación enfermera – equipo de salud:

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

METODO LOGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.²⁰

CONCLUSIONES DEL MODELO

Virginia Henderson no adopto afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrollo una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrollo un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señalo que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, desde mi parecer tiene carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor aunado a esto es inspirada por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas media los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

²⁰ Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/)

Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología. Aquí podemos evidenciar la puesta en práctica de uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como norte el aumento de la productividad y este se media a través de la atención al paciente.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo,

Posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería.

5.5 Proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

Propiedades del proceso

- Resuelto, porque va dirigido a un objetivo.
- Sistemático, por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico, porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas.
- Interactivo, por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente, identificadas durante la relación enfermera(o)- paciente.
- Flexible, por ser adaptable a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades.
- Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos científicos y humanos aplicables a cualquier modelo teórico de enfermería.

En el individuo

- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

Objetivos del proceso

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

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Habilidades necesarias

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso.

Tener estas habilidades

Contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del cliente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.
- Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

Fases del proceso de enfermería

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

1) Valoración de las necesidades del paciente.

- Recogida de datos, valoración organización y registro de dichos datos.

2) Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.

- Puede ser de autonomía (diagnóstico de autonomía) o de independencia (diagnóstico de independencia). No se incluyen en este apartado los problemas de colaboración, ya que éstos se derivan de un análisis de datos desde la perspectiva de un modelo médico.

3) Planificación del cuidado del paciente.

- Fijación de objetivos y prioridades

4) Ejecución del cuidado.

- Intervención y actividades.

5) Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

Fase de valoración

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o por ejemplo como en la escala de Glasgow. En dicha

valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Modelos para la recolección de datos

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

- Patrones funcionales de salud de Gordon
- Modelo de adaptación de ROY
- Modelos de sistemas corporales
- Jerarquía de necesidades de Maslow

Tipos de datos significativos

Los datos significativos pueden ser *objetivos* o *subjetivos*, *históricos* o *actuales*.

Fuentes de datos

- *Fuentes primarias*: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- *Fuentes secundarias*: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

Entrevista

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.

- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite el paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

Fases de la entrevista

A) *Introducción (orientación)*: fase en que la enfermera desarrolla una relación terapéutica; su actitud profesional es el factor más significativo; su enfoque debe transmitir respeto por el paciente.

B) *Cuerpo (trabajo)*: fase diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente; esto deberá conducirse de forma metódica y lenta; aquí se investiga la enfermería actual y la historia sanitaria de forma sistemática; consta de 7 componentes básicos:

- Información bibliográfica.
- Razones para solicitar.
- Enfermedad actual.
- Historia sanitaria pasada.
- Historia familiar.
- Historia medioambiental.
- Historia psico-social y cultural.

C) *Cierre (finalización)*: dar al paciente un indicio de que la entrevista está finalizando; este enfoque ofrece al paciente la oportunidad de formular algunas preguntas.

Tipos de valoraciones

Global: se utiliza una cédula de valoración. Por ejemplo: los 11 patrones funcionales de salud (Marjory Gordon), los 9 patrones de respuesta humana (Callista Roy), etc.

- Focalizada: centrada en puntos o cuestiones concretas (dolor, sueño, estado respiratorio).²¹

Fase de diagnóstico

**Diagnóstico enfermero*

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de Enfermería, en el contexto de la Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud.

Definiciones

Según Marjory Gordon (1990), un *diagnóstico de Enfermería* es un «problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar». Los diagnósticos de Enfermería son, por lo tanto, *problemas* que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería.

La definición propuesta por la AENTDE (mayo de 2001) es la siguiente: «Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la

²¹ Ahsinson, Murray. **Proceso de Atención de Enfermería, Segunda edición**. Editorial El Manual Moderno S.A. de CV, México DF. 1993.

vida/problemas de salud reales o potenciales, que el personal profesional de enfermería identifica, valida y trata de forma independiente».

El diagnóstico enfermero constituye la segunda etapa del proceso de enfermería, en la que se analizan los datos recogidos del paciente o cliente con la finalidad de identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.

Rasgos distintivos

Se basa en una concepción integral del individuo y contempla el aspecto biopsicosocial, que influye en la aparición de la enfermedad.

Los estándares que determinan si un problema constituye un diagnóstico de Enfermería son:

- Guarda relación con una respuesta humana.
- El/la profesional puede prescribir y realizar legalmente tratamiento del problema.
- El problema se produce repetidamente en un número significativo de pacientes.
- Se identifican una o más necesidades humanas según Maslow.
- El problema no es una enfermedad específica, identificada como tal en el sistema de clasificación médica estándar.

Proceso de diagnóstico

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

1. Recolección de datos - recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
2. Detección de señales/patrones - cambios en el estado físico (p. ej., gasto urinario disminuido).
3. Establecimiento de hipótesis - alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.

4. Validación - pasos necesarios para desestimar otras hipótesis, y para simplificar en un solo problema.
5. Diagnóstico - decisión sobre el problema basado en la validación.

Enunciado

Marjory Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a:

- P = problema: «en relación con...» o «relacionado con...»
- E = etiología: «manifestado por...»
- S = signos y síntomas.

El diagnóstico se identifica claramente con la formulación de hipótesis que precisan ser contrastadas en una etapa posterior.

Tipos de diagnósticos

Los tipos de diagnósticos que existen, «Estado de Diagnóstico» que está publicado en Nanda Internacional 2009-2011, son los siguientes:

Reales: Describen las respuestas humanas a los estados de salud que existen en un individuo. Todos los diagnósticos se consideran reales si no se especifica otra cosa. Un ejemplo de diagnóstico real es «náuseas». Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Características definitorias
- Factores relacionados

Promoción de la salud: Comportamiento motivado por el deseo del individuo de aumentar y actualizar el potencial humano en materia de salud. Un ejemplo sería «disposición para mejorar la esperanza». Todas las etiquetas de estos

diagnósticos empiezan en «disposición para mejorar». Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Características definatorias
- Factores relacionados

De riesgo: son los diagnósticos que describen la vulnerabilidad o posibilidad de un individuo para desarrollar un problema de salud. Describen las respuestas humanas a esos problemas o estados de salud que pueden desarrollarse. Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Factores de riesgo

De salud: Calidad o estado de estar sano. Un diagnóstico de salud nos describiría las respuestas humanas a niveles de bienestar de la persona, familia o bien comunidad que están en disposición de mejorar. Todas las etiquetas de estos diagnósticos empiezan en «disposición para mejorar». Un ejemplo sería «disposición para mejorar el afrontamiento familiar». Incluyen las siguientes categorías diagnósticas:

- Etiqueta
- Definición
- Características definatorias
- Factores relacionados

Diagnóstico situacional de salud

En el ámbito de la enfermería comunitaria, un diagnóstico situacional de salud consiste en la caracterización mediante la observación del objeto de estudio de la realidad comunitaria²².

Es la conclusión de la identificación y análisis de la realidad de salud de una comunidad en un espacio y tiempo determinados teniendo en cuenta diferentes factores a través de sus indicadores demográficos y epidemiológicos. Conlleva un conjunto de actividades que permiten la identificación de necesidades y/o problemas de salud de una comunidad o población específica que están basados en las necesidades de información de los distintos niveles del sistema sanitario.

¿Por qué se hace un diagnóstico de salud?

Se hace para dar una solución o una alternativa frente a un problema y/o necesidad. Debemos diferenciar bien lo que se entiende por concepto de problema y de necesidad en la planificación de salud.

- Problema de salud: es aquella situación considerada deficiente generalmente asociada al término patológico o enfermedad por el individuo, la colectividad o el sistema sanitario.
- Necesidades: Cuando existe diferencia o desequilibrio entre la situación real encontrada y una situación óptima previamente considerada, generalmente en base a las situaciones de regiones o países de entorno o parecidas características socioeconómicas. Según quién y cómo se describe la situación de necesidades podemos distinguir:
 - Necesidades normativas: Definidas por expertos. Juicio de expertos en epidemiología.

²² Association Filadelpia. Pensilvania North American Nursing Diagnosis. Diagnósticos Enfermeros de la Nanda, 1999-2000. Definiciones y clasificación 1999-2000, 25 aniversario; Harcourt, p116

- Necesidad sentida o percibida: Es la definida por la comunidad, es comunicado por los pobladores de la comunidad.
- Necesidad expresada: Manifestada por la demanda de asistencia por la población. (Acompañado con indicadores de salud) Ejemplo: tasas de natalidad.
- Necesidades comparativas: Son el resultado de observar diferencias entre grupos de características socioculturales y demográficas homogéneas (comparación en el marco teórico para correlación).

Requisitos básicos

- Que se utilicen objetivos cuantificables.
- Que se abarque a toda la población de la comunidad o a una muestra representativa.
- Delimitación del área de la comunidad en estudio.

Objetivos del diagnóstico de salud

- Aproximarse al conocimiento del estado de salud.
- Análisis de la situación de salud.
- Examen preliminar de la situación de salud.

Objetivo general:

- Identificar las necesidades y/o problemas de salud que aquejan a la comunidad.

Objetivos específicos:

- Identificar y señalar problemas y necesidades de la población.
- Proporcionar información particular ante problemas específicos de casos particulares de daño.
- Evaluar los recursos sanitarios en cantidad y calidad.

Metodología

Se distinguen tres fases a seguir de forma sistematizada, sistémica y ordenada.

- 1. Fase preparatoria:
 - a) Definir la información básica requerida (Conocer el marco conceptual desde la historia de la comunidad).
 - b) Conocer las fuentes de información, problemas y limitaciones.

- 2. Fase de recogida de información:
 - a) Recoger la información básica para cada grupo de datos valorando la idoneidad y objetividad.
 - b) Seleccionar la información descartando lo que no sea útil.
 - c) Elaboración de la información mediante los indicadores necesarios y prestación de la misma.

- 3. Fase de interpretación: Conocer si la comunidad responde a los intereses de los profesionales.
 - a) Análisis de la información descrita previamente.
 - b) Es necesario delimitar el estudio en un área geográfica y en un tiempo determinado.
 - c) Los datos deberán abarcar a toda la población o a muestras representativas de ella.
 - d) Los datos deberán ser significativos de la situación de salud y de sus factores condicionantes expresada en parámetros estadísticos como tasas, razones, proporciones o índices que se determinan.
 - e) Los indicadores deberán definir exactamente criterios adaptados universalmente.

- f) La identificación de necesidades y/o problemas se completará con información cualitativa y encuestas a la población.

Identificación del problema

Tiene que ver con los factores sociales y la posterior priorización de cada uno de ellos.

- Magnitud: ¿A cuántos afecta?
- Importancia social: ¿A quiénes afecta?
- Tendencia: Aumenta o disminuye la cobertura de atención y disminuyen las tasas de mortalidad.

1) ¿Qué problemas existen, por qué? Reconocer la heterogeneidad de problemas que se plantearon, tener cuidado de hacer una buena definición de los problemas y priorizarlos adecuadamente.

2) ¿Qué factores sociales están involucrados en los problemas identificados? Lista de individuos u organización así como de las actividades vinculadas a los problemas.

- Identificar individuos o grupos que tengan que ver con la no atención o resolución de los problemas. Analizar sus actividades y potencialidades.

3) ¿Qué quiere lograr el enfermero? ¿Cuándo?

- Señalar con claridad los resultados que se pretende alcanzar; se trata de la delimitación de objetivos, y hay que tener cuidado de no confundir este punto con las actividades.

4) ¿Qué se hará? ¿Cómo habrá que organizarse? Acciones, cantidad, personal, tiempo, fecha.

- Detallar las acciones: Cuánto de ellas se pretende realizar, quiénes serán responsables de las mismas, fechas probables en que dichas acciones deben ejecutarse.

5) ¿Qué se necesita y cómo se financiará? Elementos, cantidad, costo, quién lo consigue.

- Especificar los elementos: Cuánto de ellos y quién lo consigue, así como el costo.

6) ¿Qué obstáculos hay? ¿Cómo vencer estos obstáculos?

- Identificar las dificultades que nos están impidiendo el logro de los objetivos.

7) ¿Cómo saber si se avanza? Resultados esperados. Reuniones de control.

- Se refiere a la evaluación de los resultados. Hay que detallar los resultados esperados (objetivos) y evaluar su progreso a través de reuniones sucesivas en las cuales se señalará si se ha avanzado, retrocedido, permanecido igual o no se ha iniciado la acción.

Aspectos a considerar para elaborar el diagnóstico de salud

El presente tema trata de explicar cómo realizar el proceso de diagnóstico de salud y una buena programación de actividades para la solución de los problemas encontrados en una población.

Debe tenerse en cuenta dos aspectos importantes para realizar un buen diagnóstico de salud: El aspecto técnico y el aspecto estratégico; estos dos aspectos van a permitir realizar un esquema de análisis de los problemas que puedan presentarse.

1) En el aspecto estratégico, los propósitos son los que van a tratarse de cumplir, estos son: La Legitimación: que significa que la población acepte las propuestas que los profesionales de la salud formulan para la solución de sus problemas, el cambio significa lograr cambios sociales, modificar, que permitan que la sociedad siga organizándose y funcionando como tal, y el crecimiento que se entiende, el crecimiento del producto lograr una productividad y conseguir resultados óptimos.

2) En el aspecto técnico, tiene otras categorías llamados niveles: *nivel propio de la salud* y las *acciones que se brindan para la atención del mismo*. Los primeros son los que nos van a mostrar el estado de salud de la población y, por otro lado, la situación epidemiológica, y los segundos se asientan en los servicios que se ofrecen y las instituciones que lo arman.

El diagnóstico de salud se realiza en dos enfoques: total y parcial. El primero significa que el estudio se realiza en toda la población y el segundo se refiere que el diagnóstico solo se obtiene de una parte de la población que puede ser manipulado, pero esto tiene dos resultados es contradictoria y necesaria, contradictoria porque al realizar un estudio sectorial se pierde la información precisa de lo social, es decir no se considera como dato válido, y es necesaria porque las propuestas deben originarse del diagnóstico realizado en todo el conjunto y para luego ser aplicadas a través de las acciones determinadas de las instituciones de salud que pertenecen a un sector parcialmente. Consecuentemente no se debe actuar en un sector separado de lo social ya que lo parcial debe ser visto en el cuadro de la integridad.

A partir de los propósitos y los niveles se van a definir tres tipos de diagnósticos que corresponden: Diagnóstico administrativo, estratégico e ideológico.

1) Diagnóstico administrativo. Este tipo de diagnóstico se refiere al propósito de crecimiento y las actividades de servicio que se ofrecen en las instituciones para poder resolver los problemas de salud, el enfoque es objetivo y funcional.

El estado de salud de una población desde un punto de vista administrativo se identificara por subgrupos, dividiendo a la población por edad, sexo y ubicación geográfica; categorizando por tipos de enfermedades. Para que las categorías sean eficaces necesita de dos condiciones: El sistema de atención debe funcionar con fluidez sin demoras e interrupciones con bastante organización, y por otro lado Las enfermedades crónicas deben ser atendidas por profesionales capacitados; generalmente estas dos condiciones se dan sólo en países desarrollados y no en nuestro país.

En cuanto a la situación epidemiológica se refiere a la causa de las enfermedades, este término puede tener dos conceptos que la sociedad ha determinado a lo largo de la historia, es decir la causa puede conceptualizarse como castigo divino o la introducción de un germen al organismo. El diagnóstico administrativo de la situación epidemiológica utilizara ciertas condiciones biológicas como las cualidades de las personas que las hacen susceptibles para contraer alguna enfermedad como el estado de inmunidad o el contacto con gérmenes, y ecológico es decir la relación de la persona con su hábitat.

La combinación biológico y ecológico van a dar origen al riesgo en donde un grupo de personas de una comunidad van a estar más susceptible de sufrir una enfermedad. El estudio de la situación epidemiológica puede ser considerado como un elemento importante para diseñar programas de salud, pero a veces no se cumple porque en países subdesarrollados como en nuestro país las instituciones encargadas de realizar un análisis epidemiológico lo que hacen es contabilizar los insumos, controlar el acceso a las fuentes de agua, etc. y no existen informes donde indican la distribución de enfermedades y no organizan sistemas de vigilancia epidemiológica.

Un programa viene a ser una organización sistémica de actividades para brindar servicios de salud, dentro de cada programa se estudian los recursos y la fuerza de trabajo, se realizan la descripción de los accesos y salidas de los productos de una institución y la ventaja de realizar un estudio desde un programa es que se

logra alcanzar una uniformidad ya que existe una coexistencia entre los recursos y las metas trazadas dentro de una misma institución.

2) Diagnóstico estratégico. Este tipo de diagnóstico corresponde a los intereses y conflictos que aparecen en cada población y frente a lo que se presenta en cada sociedad se debe formular propuestas estratégicas. El propósito del diagnóstico estratégico es el crecimiento de la productividad gracias al pensamiento estratégico con la intención de producir cambios, para lo que se necesita disponer de poder, es decir la fuerza de las personas de querer cambiar por el contrario estos cambios no podrán permanecer por mucho tiempo porque no hay una barrera que proteja los cambios.

En este tipo de diagnóstico el estado de salud se estudiará a través de dos aspectos: Se realizará en población urbana, rural, peri urbana y zonas periféricas y las diferencias entre los grupos que puede clasificarlos de acuerdo a una situación epidemiológica, los grupos protegidos o los grupos desprotegidos.

En el nivel epidemiológico debe proporcionar medidas para elegir condiciones que deben utilizarse en el estudio del estado de salud y explicar el porqué de las mismas. Por otro lado lo que trata de lograr el diagnóstico estratégico es poder cambiar la manera como se supone que es la causalidad de las enfermedades o como lo dice Kuhn tener un modelo o paradigma epidemiológico y comprender el proceso salud enfermedad.

El diagnóstico estratégico muestra modelos de la atención de salud a las personas: El primer modelo es que un profesional de salud preste servicios contra el pago de quien recibe la atención, aquí la remuneración es directa. El segundo modelo es prestar servicios a un subsector de la población que no está en la condición de pagar el servicio que recibe y la remuneración será a través del estado y un Tercer modelo modifica un sector y las inversiones no es del gobierno ni de negocios privados sino de las necesidades de consumir de las agrupaciones.

3) Diagnóstico ideológico. Este tipo de diagnóstico corresponde al vínculo entre las fuerzas sociales en torno a la salud y cuyo propósito es la legitimación. Este término de legitimación es un proceso mediante el cual se logra que una decisión o propuesta sea aceptada como legal y válida para la sociedad. Una propuesta debe ser legal siempre en cuando logre cambiar comportamientos en las fuerzas sociales y es válido cuando estas fuerzas sociales deliberen prósperamente los nuevos comportamientos en otras lo acepten favorablemente. Pero no siempre tendrá las dos características ya que pueda que la propuesta se considere como positiva por la sociedad pero que no sea legal en este caso se tendrá que modificar.

El diagnóstico ideológico se diferencia de lo administrativo y estratégico, en cuanto este tipo no se realiza teniendo en cuenta niveles como estado de salud, situación epidemiológica sino solo considera la filosofía es decir las prácticas y los conocimientos de las personas de una sociedad, la tarea del diagnóstico ideológico es identificar los principales conocimientos en el campo de la salud de la sociedad.

Aplicaciones del diagnóstico de salud en la comunidad

El diagnóstico de salud no es un fin en sí mismo, sino una etapa fundamental para la posterior toma de decisiones. Servirá para:

- Proporcionar información general y particular en algún problema específico. Por ejemplo, para establecer la etiología de algunas enfermedades.
- Señalar las necesidades y prioridades en materia de salud.
- Evaluar los recursos necesarios existentes.
- Constituir la base para la planificación y programación en salud.

Problemas del diagnóstico de salud

- Obsesión por la información de tipo cuantitativo, sin valorar la información que no se puede medir y que tiene peso en la toma de decisiones.

- Exigencia de globalidad y exhaustividad, que no permite recoger datos de manera selectiva, orientada hacia los problemas.
- Alto consumo de tiempo y recursos.
- Falta de aplicación.
- No recoge la opinión de la comunidad sobre su salud.
- No se orienta hacia la promoción de la salud sino hacia la lucha contra la enfermedad y la muerte.
- No se detectan necesidades de los grupos marginales.
- Los datos no tienen significación estadística.
- No correspondencia del área estudiada con las áreas de otros registros oficiales.
- Pérdida de información de los registros.

Postura de los profesionales ante el uso del diagnóstico de enfermería

Parte de los profesionales de enfermería apoyan el uso de una terminología estandarizada y confían en que ésta ayudará a la Enfermería a ser más científica y basada en evidencias. En cambio, otros profesionales de enfermería sienten que los diagnósticos de Enfermería son de una mentalidad de torre de marfil y que ni ayudarán en la planificación del cuidado ni en diferenciar a la Enfermería de la Medicina.

Organizaciones relacionadas

La principal organización para la definición estandarizada de los diagnósticos es la North American Nursing Diagnosis Association, también conocida como *NANDA-Internacional*. Otras asociaciones internacionales son la AENTDE (español), *AFEDI* (francés) y *ACENDIO* (Europa). En la práctica clínica el profesional de Enfermería se puede percatar que el uso de estándares establecidos son parte esencial de su labor, como toda profesión debe tener patrones establecidos y guiarse en ellos para poder así universalizar sus objetivos, hablar un mismo lenguaje y buscar las mismas metas, priorizar actividades y unificar criterios de respuesta. El Diagnóstico Enfermero es un instrumento que ofrece bases para

facilitar la labor de Enfermería, aunque su contenido aún no es tan amplio tiene la ventaja de recibir más aportaciones a sus Diagnósticos sustentados científicamente y sobre todo proporcionar al Profesional la oportunidad de adentrarse al mundo de la investigación.

*Jerarquía de las necesidades de Maslow, utilizada para priorizar los problemas de salud encontrados en el paciente.

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente. Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficits de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

Fase de planificación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.

4. Documentación del plan.

Fase de ejecución

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Sistema de clasificación de la práctica de enfermería en urgencias

La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana que presenta cada unidad asistencial. La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en aras de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

En la RAC (sistema hospitalario de recepción, acogida y clasificación de pacientes) se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, la bibliografía recomienda expresamente que se utilice un sistema con solvencia acreditada, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente. La mayoría de estas escalas de clasificación hacen mención de 4 o 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica.

Ejemplo de escala de prioridad:

- Nivel 1.- Resucitación.
- Nivel 2.- Emergencia.
- Nivel 3.- Urgente.
- Nivel 4.- Semi urgente.
- Nivel 5.- No urgente.

Fase de evaluación

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se *deba* establecer metas mensurables el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea apropiado.²¹

5.6 EMBARAZO

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término *gestación* hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la *gestación* es del feto y el *embarazo* es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción

asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.²³

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico)

Definición y tipos

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación) Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios.²⁴

Características generales

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

²³ La incidencia de embarazos gemelares en la población general es de un 1,5%. En técnicas de fecundación asistida puede alcanzarse el 20%. Luis E. Tsng, Juan F. Mere. *Ginecología y Obstetricia*. Vol. 42 N°3 diciembre de 1996

²⁴ Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». *Obstet Gynecol (March 1887)* 63: pp. 333–7.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

Calendario

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad aproximadamente después de la semana 25 que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea.²⁵

Fecha probable de parto

Los cálculos para determinar la fecha probable del parto (FPP) se realizan usando la fecha de la última menstruación o por correlaciones que estiman la edad gestacional mediante una ecografía. La mayoría de los nacimientos ocurren entre la semana 37 y 42 después del día de la última menstruación y solo el 5% de mujeres dan a luz el día exacto de la fecha probable de parto calculada por su profesional de salud.

Usando la fecha de la última menstruación, se le añade siete días y se le resta tres meses, dando la fecha probable de parto. Así, una fecha segura de última menstruación del 26 de noviembre de 2007, producirá una fecha probable de parto para el 3 de septiembre de 2008 -se usa el año siguiente al año de la última regla. Si la fecha de la última menstruación cae en los primeros dos meses, se mantiene el año en curso, en todos los demás meses, se usa el año subsiguiente. Así, una

²⁵ KidsHealth.org (marzo de 2006). Calendario semanal del embarazo. Editado por Elena Pearl Ben-Joseph y The Nemours Foundation. Último acceso 29 de enero de 2008.

fecha segura de última menstruación del 12 de enero de 2008, produce una fecha probable de parto para el 19 de octubre de 2008 -el año se mantiene.

Detección y fecha de fecundación

El principio del embarazo es detectado con la presencia de la hormona Gonadotropina Coriónica humana (hCG) que es producida por embrión después de la concepción y posteriormente por el plasma materno (la placenta), esta hormona aparece en la sangre y en la orina de las mujeres embarazadas hasta 10 días después de la concepción y esta puede ser detectada por medio de análisis de orina y de sangre. Ambos tipos de prueba solamente pueden detectar si la mujer está o no embarazada, pero no la fecha de inicio del embarazo.

Signos presuntivos del embarazo

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

Fatiga

Otro signo de sospecha del embarazo es el cansancio, caracterizada por astenia, debilidad y somnolencia. Aunque algunas mujeres sienten energía renovada, la mayoría confesarían sentir intensa fatiga. Algunas afirman quedarse dormidas a cualquier hora del día, a veces al poco de haber salido de la cama, y otras aseguran sentir tal somnolencia en la sobremesa. Otras sienten cansancio pronunciado al llegar la noche. Dicha fatiga es a menudo incontrolable y exige el sueño. Nunca se ha encontrado una explicación a este extraño deseo de dormir. Es un síntoma frecuente en los primeros meses del embarazo y se cree que es un efecto de la elevada producción de progesterona. Esta hormona es un sedante para los seres humanos, con fuertes efectos tranquilizantes e hipnóticos.²⁶ En las etapas posteriores se presenta otro tipo de fatiga debida simplemente a cansancio corporal, pero rara vez ocurre en el primer trimestre del embarazo.

Interrupción de la menstruación

Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del

²⁶ [Medline plus Medicinas](#)] (julio de 2004). «Progesterona» (en español).

embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea enfermedades físicas (algunas de cierta gravedad, como tumores del ovario, trastornos de la glándula tiroides y muchas otras), un choque muy fuerte, anorexia, el efecto de un viaje en avión, una operación, estrés o la ansiedad pueden retrasar la menstruación.

En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en multíparas que en primigestas.

Gustos y antojos

El cambio en el gusto y la preferencia por ciertos alimentos puede ser uno de los primeros signos. Es común el rechazo a ciertos alimentos, bebidas y olores como el humo de los cigarrillos²⁷. A menudo se describe un sabor metálico en la boca que hace variar el gusto por los alimentos. Se cree que los antojos se deben al aumento de los niveles hormonales; a veces se experimentan en la segunda mitad del ciclo menstrual por el mismo motivo. No satisfaga antojos con alimentos de alto contenido calórico, cuyo poder nutritivo sea bajo.

Deseos frecuentes de orinar

A medida que se extiende el útero, oprime la vejiga. Por tanto, ésta trata de expulsar pequeñas cantidades de orina, y muchas mujeres sienten deseos frecuentes de orinar desde la primera semana tras la concepción; quizás necesiten ir al cuarto de baño cada hora. Esto también se debe al efecto de la progesterona, ya que es un potente relajante de músculo liso,²⁸ (que es el músculo del cual está formado la vejiga, el útero y otros órganos) lo cual sirve para mantener al útero en reposo hasta el momento del parto. Salvo que sienta ardor o dolor al orinar, no es necesario que consulte al médico. Hacia las 12 semanas, el tamaño del útero aumentará, de modo que subirá y saldrá de la cavidad pelviana. Esto reducirá la presión sobre la vejiga y la frecuencia de la micción por lo que la vejiga se va hacia un lado.

Cambios en las mamas

Ocurre congestión y turgencia en los senos debido al factor hormonal y la aparición del calostro. Puede aparecer en etapas precoces de la gestación por el

²⁷ Crianza Natural - citado por enBuenasManos.com. «El Primer Mes» (en español). Vida Sana: Embarazo.

²⁸ Care First Blue Choice, Inc. Blue Cross and Blue Shield Association Junio de 2004). «Molestias durante el embarazo» (en español).

aumento de la prolactina, entre otras hormonas. Las areolas se vuelven más sensibles e hiperpigmentadas.²⁹

Manifestaciones cutáneas

Existe una hiperpigmentación de ciertas áreas de la piel durante el embarazo. Aparecen también en algunas embarazadas estrías abdominales y a nivel de las mamas. En otras mujeres se nota la aparición de cloasmas a nivel de la piel de la cara. Estas hiperpigmentaciones pueden presentarse con uso de anticonceptivos orales y en enfermedades del colágeno, mientras que las estrías son también un signo en el síndrome de Cushing.³⁰

Mucosa vaginal

Como consecuencia del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick - Jacquemier.

Signos de probabilidad

Son signos y síntomas fundamentalmente característicos del embarazo que aportan un alto nivel de probabilidad al diagnóstico del embarazo.

Determinaciones hormonales

La presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en el plasma materno y su excreción por la orina son la base de los estudios hormonales del embarazo. La producción de esta hormona por el sincitiotrofoblasto comienza muy temprano en el embarazo. Las pruebas sensibles pueden detectar a la hormona hCG en el plasma materno o en la orina 9 o 10 días después de la ovulación. Esta hormona es la base de la mayoría de las pruebas de embarazo, aunque pueden usar técnicas diferentes, como el radioinmunoensayo, anticuerpos monoclonales, inmunofluorescencia y las pruebas caseras que usan el principio de hemaglutinación. Otras hormonas que aumentan con el embarazo incluyen a los estrógenos, en especial el estriol, y la progesterona.

²⁹ Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez; Sergio Azcárate Sánchez Santos (1997-1998). «Cambios fisiológicos durante el embarazo». Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia libro 1 (Vigilancia prenatal): pp. 18. http://www.drscope.com/pac/gineobs/o1/o1_pag18.htm.

³⁰ Juan Aller y Gustavo Pagés - Fundación Aller para Estudios de Fertilidad (enero de 2007). «Diagnóstico de Embarazo» (en español).

³¹ Elgueta V, Patricia (2005). «Diagnóstico del Embarazo» (en español). Universidad de Chile - Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia.

Tamaño abdominal

Por lo general, hacia las doce semanas de la gestación se hace posible palpar el útero por encima de la sínfisis púbica o monte de venus. Desde ese momento, el útero continúa aumentando gradualmente hasta el final del embarazo. El aumento del tamaño abdominal puede también deberse a otras causas que excluyen al embarazo, como son los miomas uterinos, tumores de ovario, ascitis, etc.

Formas del útero

Signo de Noble-Budin

A partir de las ocho semanas de la gestación la presión del producto de la gestación hace que se ocupen los fondos de saco que se forman en la unión de la vagina con los lados del cuello uterino. De modo que se percibe en el tacto vaginal, la forma redondeada y turgente del útero al explorar los lados profundos del cuello uterino.³¹

Signo de Hegar

A partir de la sexta a octava semana del embarazo, durante el examen bimanual el útero se siente blando en exceso, pastoso y elástico—en especial el istmo del útero en contraste con la dureza y firmeza del cuello uterino.

Signo de Piskacek

Al realizar la exploración física del útero, en especial si la implantación del embrión ocurrió cercana a uno de los orificios de las trompas de Falopio, se percibe una asimetría con prominencia hacia el cuerno uterino que sostiene la implantación. Es un signo que puede observarse también con el uso de anticonceptivos orales

Signo de Goodell

Relacionado con cambios del cuello uterino, el cual se vuelve blando con el embarazo a diferencia de su consistencia dura en estados no gestacionales. Se hace la analogía de sentir el cuello uterino como tocar los labios bucales, en vez de sentirlo normalmente como sería el tocarse la punta de la nariz³²

Contracciones de Braxton Hicks

Después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose

32 Instituto Químico Biológico. Signo de GOODELL Diccionario de Términos Médicos.

33Medline Plus] (febrero de 2006). «Ultrasonido de una placenta normal - Braxton Hicks» (en español). Enciclopedia médica en español.

34 embarazoymas.com Clasificación del riesgo en el embarazo o riesgo obstétrico

gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca. Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares³³

Peloteo fetal

Durante la segunda mitad del embarazo, entre el cuarto y quinto mes se puede palpar partes fetales a través del tacto vaginal. Cuando el examinador empuja levemente el fondo de saco que rodea al cuello uterino puede apreciar la separación del feto de su dedo y el regreso del mismo a su posición inicial en contacto con el dedo del examinador. Es un signo que en raras ocasiones puede sentirse en tumores voluminosos del ovario concomitante con ascitis.

Palpación del feto

Aproximadamente a partir del quinto mes del embarazo es posible para un examinador experimentado sentir las partes fetales a través de la pared abdominal materna, maniobra que es más exitosa hacia el término del embarazo. Partes similares pueden ser palpables ante tumores intraabdominales, algunos miomas subserosos pueden, por ejemplo, llegar a tener el mismo tamaño y consistencia que la cabeza fetal, causando errores en el diagnóstico.³⁴

Signos de certeza de un embarazo

Los signos positivos de certeza de un embarazo consisten en poder demostrar sin error la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido y otras imágenes radiológicas.

Actividad cardíaca fetal

La identificación de pulsaciones cardíacas fetales separadas y distintas de las de la madre asegura el diagnóstico del embarazo. Se puede auscultar la actividad cardíaca fetal con un estetoscopio o un fetos copió especial o con una ecografía Doppler. El latido cardíaco fetal es rápido—entre 120 y 160 latidos por minuto—y puede ser identificado con exactitud a partir de la semana 19 y 20, excepto en mujeres obesas en las que se dificulta escuchar el foco fetal.³⁵

Factores de riesgo

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo. Desde el punto de vista global y sobre todo médico la clasificación del riesgo obstétrico se puede dividir en las siguientes clases¹⁴ :

Riesgo bajo o 0

³⁵ Molina, S. Marta y otros (2004) Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Revista Médica de Chile. 132:

Por exclusión de los factores incluidos en los demás grupos de riesgo

Riesgo medio o 1

- Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente.
- Baja estatura materna (< 1.5 metros)
- Cardiopatía 1: que no limita su actividad física.
- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Patología psicosocial.
- Control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1a visita después de la semana 20.
- Edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35. Embarazo no deseado.
- Esterilidad previa de 2 o más años.
- Fumadora habitual.
- Fecha de la última menstruación incierta.
- Gestante con Rh negativo.
- Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.
- Hemorragia del primer trimestre de embarazo.
- Incompatibilidad Rh.
- Incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo) Obesidad (IMC >30)
- Período intergenésico inferior a 12 meses.

Riesgo alto o 2

- Anemia grave. Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25% Cardiopatía 2: limitación ligera de su actividad física. Cirugía uterina previa.
- Diabetes gestacional.

- Embarazo gemelar o múltiple.
- Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación. Enfermedades endocrinológicas.
- Hemorragia en el segundo y /o en el tercer trimestre.
- Hidramnios u oligoamnios.
- Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico.
- Infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B.
- Obesidad mórbida (IMC >40).
- Preeclampsia leve (TAD \geq 90 mmHg y/o TAS \geq 140 mmHg) Sospecha de malformación fetal.
- Presentación viciosa constatada tras la semana 38 de gestación.

Riesgo muy alto o 3

- Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37).
- Cardiopatías 3 o 4: supone una importante limitación de su actividad física o ésta provoca su descompensación.
- Diabetes mellitus previa a la gestación.
- Consumo de tóxicos (alcohol, drogas)
- Incompetencia cervical.
- Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
- Malformación uterina.
- Muerte perinatal recurrente.
- Placenta previa.
- Preeclampsia grave (TAD \geq 110 mmHg y/o TAS \geq 160 mmHg)
- Patología asociada grave.

- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas.
- Positividad al VIH. SIDA y complejos asociados.³⁶

5.6.1 Fecundación y el embarazo

Gametogénesis

Se llama gametogénesis al fenómeno por el cual se forman las células sexuales o gametos. Comprende dos importantes procesos: la formación de los gametos femeninos y la de los gametos masculinos.

Las etapas del desarrollo del óvulo, gameto femenino, se conocen con el nombre de ovogénesis, y las de los espermatozoides o gametos masculinos como espermatogénesis.

Tanto en las etapas de la ovogénesis como en las de la espermatogénesis hay divisiones por mitosis y divisiones por meiosis.

En la primera resulta un óvulo con 23 cromosomas (mitad de la carga genética de la madre) y en la segunda un espermatozoide con 23 cromosomas (mitad de la carga genética del padre).

Al unirse, el óvulo y el espermatozoide forman una célula con 46 cromosomas (los normales en el ser humano) que posee la mitad de la carga genética del padre y la mitad de la carga genética de la madre.

Ovogénesis

La ovogénesis se inicia con una división por mitosis de la célula germinal del ovario, estimulada por la hormona folículo estimulante (HFE) y la hormona luteinizante (HL).

³⁶ embarazomas.com Clasificación del riesgo en el embarazo o riesgo obstétrico

Al crecer, los óvulos se rodean de una capa de células diferentes, constituyendo lo que se conoce como folículo de Graaf. El folículo se llena de líquido y crece, hasta formar una vesícula grande que sobresale de la pared del ovario. En su interior existe ya un solo óvulo grande. Al reventar el folículo, el óvulo ya maduro y rodeado de células foliculares se dirige a las trompas de Falopio, donde puede ser fecundado. La liberación del óvulo por el ovario se conoce como ovulación.

Algunas investigaciones recientes han considerado que en cada ovario se generan aproximadamente 400 mil óvulos. Se cree que todos ellos ya existen en el ovario de la recién nacida, aun cuando permanecen inactivos desde el nacimiento hasta la influencia de las hormonas en la pubertad.

Espermatogénesis

La espermatogénesis se realiza en los tubos seminíferos de los testículos por la influencia de la testosterona, que es la hormona masculina; los tubos seminíferos constituyen el epitelio germinal masculino. Las células germinales de este epitelio, por división mitótica y meiótica, dan origen a los espermatozoides.

Los espermatozoides una vez formados pasan hacia el epidídimo, donde se acumulan hasta que son liberados durante la eyaculación; cuando ésta no se verifica, los espermatozoides mueren y son reabsorbidos por el organismo.

Se calcula que en cada eyaculación, hay en el semen o esperma (mezcla de espermatozoides y líquidos seminales) cientos de millones de espermatozoides.

Los espermatozoides son células pequeñas muy especializadas que constan de cabeza, cuello, parte central y cola.

La cabeza contiene, además del núcleo del gameto, una serie de enzimas que facilitan la disolución de la membrana del óvulo en el momento de la fecundación.

En el cuello se encuentran numerosas mitocondrias que dan al gameto la energía necesaria para su movimiento.

La cola es la parte del espermatozoide que lo impulsa para realizar su movimiento hacia el óvulo.

Al momento de la fecundación, solamente la cabeza del espermatozoide penetra dentro del citoplasma del óvulo.

En los organismos superiores existen unos cromosomas implicados en la determinación del sexo del embrión.

En la especie humana, el núcleo de las células masculinas contiene un par de cromosomas sexuales llamados XY. En cambio, el núcleo de las células femeninas contiene un par de cromosomas sexuales denominados XX.

En la espermatogénesis, cuando las células del epitelio germinal se dividen por meiosis dentro del testículo para formar los espermatozoides, los cromosomas sexuales se desdoblán, es decir, ya no son pares: el cromosoma Y se va a un espermatozoide, y el cromosoma X se va a otro.

En forma semejante, las células germinales femeninas, que tienen dos cromosomas sexuales XX, al dividirse por meiosis dan como resultado un óvulo que contiene un solo cromosoma X.

Si el óvulo X se combina con un espermatozoide que contenga un cromosoma X, se formará un huevo o cigoto que tendrá dos cromosomas X; es decir, sus cromosomas sexuales serán XX, lo que significa que el producto será una mujer.

En cambio, si el óvulo X se combina con un espermatozoide Y, el resultado es un huevo o cigoto con cromosomas sexuales XY, lo cual significa que el producto será un varón.

5.6.2 Relación Sexual y Embarazo

Para que se lleve a cabo el embarazo, debe existir primero la fecundación del óvulo por un espermatozoide, y cuando esto sucede, también se une la

información genética que tiene la madre con la que tiene el padre, por lo que el hijo tiene características de los dos.

En la relación sexual el hombre deposita el semen en la vagina de la mujer al introducir el pene en esta cavidad, de ahí los espermatozoides viajan a través del aparato reproductor femenino en busca del óvulo al que deben encontrar en las trompas de Falopio para fecundarlo. Si la relación sexual se realiza cuando no hay un óvulo presente, el embarazo no se presenta.

La Fecundación. Unión del espermatozoide y el ovulo

La fecundación o fertilización es el fenómeno en el que una célula espermática o espermatozoide atraviesa la membrana externa de un óvulo y se fusiona con él. Este proceso ocurre en la trompa de Falopio, poco después de la ovulación.

En el interior de la vagina son eyaculados 5 cm³ de semen, que contienen aproximadamente 200 millones de espermatozoides. Sólo uno de ellos fecundará al óvulo.

Los espermatozoides viajan hacia arriba, desde la vagina, a través del útero, hasta llegar a las trompas; avanzan aproximadamente medio centímetro por minuto y son sumamente sensibles a la temperatura y acidez de la vagina. El espermatozoide conserva su capacidad para fecundar durante 24 a 48 horas después de haber sido depositado en las vías genitales femeninas. El óvulo puede ser fecundado por el espermatozoide únicamente entre las 8 y 24 horas que siguen a la expulsión del primero.

En consecuencia, para que ocurra la fecundación debe haber relación sexual poco antes de la ovulación, a fin de que existan espermatozoides en el momento en que el óvulo se expulsa, o bien pocas horas después de la ovulación.

El óvulo está recubierto por células protectoras, para que la fecundación ocurra, los espermatozoides liberan una sustancia que dispersa las células de la cubierta protectora y permite que uno penetre en la membrana del óvulo.

La sustancia que libera los espermatozoides es una enzima que recibe el nombre de hialuronidasa.

Cuando uno de los espermatozoides introduce su cabeza al óvulo, éste cambia su membrana formando una barrera de fertilización que impide que otro espermatozoide penetre.

El núcleo del espermatozoide se une al núcleo del óvulo y se restablece el número diploide de cromosomas de la especie, que es de 46.

El óvulo fecundado recibe el nombre de huevo o cigoto, y empieza a dividirse mientras se desplaza por la trompa de Falopio hacia el útero.

La mórula celular se adhiere a la pared uterina unos 12 días después de efectuada la fecundación.

Desarrollo Embrionario

Una vez que el óvulo ha sido fecundado comienza, entonces, el desarrollo embrionario.

La primera división o segmentación del óvulo ya fecundado se efectúa 30 horas después de la fecundación; las siguientes segmentaciones continúan rápidamente hasta llegar al útero en forma de una bola celular o pelota de 32 células que recibe el nombre de mórula.

Asimismo, el proceso de división celular sigue de una manera acelerada, identificándose otras fases (gástrula y blástula) en las que la bola celular va adquiriendo una forma más completa, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Aproximadamente hasta la duodécima semana del embarazo, el bebé gestado se denomina embrión; a partir de este momento y hasta el parto, se le llama feto. Conforme el embrión va creciendo, se le desarrollan unas vellosidades que penetran en la pared uterina. Estas salientes no forman parte del embrión y más

adelante darán lugar a lo que conocemos como placenta, que es el órgano encargado de suministrar alimentos y oxígeno al embrión a partir de la sangre de la madre.

El embrión se desarrolla con extraordinaria rapidez. A partir de las cinco semanas tiene aproximadamente el tamaño de un grano de arroz y a las 12 semanas mide unos 6 cm de largo.

A los 28 días su órgano más grande será el corazón. El sistema nervioso, los ojos y las orejas se desarrollarán a las 6 semanas.

En la tercera semana se observa el cerebro y su crecimiento, esbozos del corazón, oídos y columna vertebral.

Entre la sexta y séptima semanas, cuando el embrión mide apenas 14 mm, ya son visibles las extremidades, la nariz y los labios.

En la octava y novena semanas mide 35 mm, y es prácticamente un ser humano en miniatura; su cuerpo ya está formado, en sus extremidades se aprecian los dedos y ya tiene cara. Además, casi todos los órganos internos están completos. En la vigésima semana el feto mide 25 cm de longitud y la madre puede sentir sus movimientos.

En la vigésima octava semana el feto ya tiene pelo en la cabeza, tiene pestañas y de vez en vez abre y cierra los ojos.

Si por alguna razón naciera en ese momento, ya podría sobrevivir, pues todos sus órganos están suficientemente desarrollados, aunque será un bebé prematuro, el cual requiere atención y cuidados especiales.

El feto está listo para nacer en la semana 40 de embarazo, cuando pesa ya entre 2 800 y 3 500 gramos y su longitud es de 49 a 51 centímetros.

El embrión está recubierto por membranas; una de las membranas se llama amnios y hace que el embrión se mantenga permanentemente sumergido en un medio acuoso interno, denominado líquido amniótico.

Esta cámara de líquido protege al producto de traumatismos y le brinda una temperatura constante. Otra de las membranas es la placenta, a la que el feto está unido por el cordón umbilical. Por medio de este cordón, la sangre del feto fluye a la placenta, en la que absorbe sustancias de la sangre de la madre; luego expelle los productos de desecho. La sangre de la madre y la del feto nunca están en contacto directo ni se mezclan.

Cuando el periodo de gestación llega a su término, esto es, aproximadamente 40 semanas después de la fecundación, se inician los preparativos para el nacimiento.

El cuerpo de la mujer sufre muchos cambios físicos y fisiológicos a lo largo del embarazo.

Primero se suspende la menstruación; luego, el abdomen así como las mamas van aumentando paulatinamente de tamaño.

La glándula tiroides se vuelve más activa y cambia el metabolismo de la mujer para proporcionar al embrión más calcio, fósforo, hierro y nitrógeno, los cuales la embarazada debe reponer consumiendo una dieta que sea rica en esos elementos.

En el embarazo se produce un aumento de peso que no debe sobrepasar los 11 kg. Este peso se distribuye como sigue:

3.5 kg, feto

1.8 kg, líquido amniótico y membranas fetales

1.3 kg, hipertrofia de las mamas

3.5 kg, aumento de los líquidos maternos debido a la retención de agua provocada por el aumento de la concentración de las hormonas esteroides ³⁷

5.6.3 ALTERACIONES MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO

Todos los embarazos implican algunos riesgos. Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o tener más de 35 años. Esto puede afectar su salud o la salud de su bebé.

Si tiene una enfermedad crónica, debe hablar con anticipación para que el equipo de profesionales de la salud valore de qué manera puede minimizar el riesgo antes de embarazarse. Una vez que se produce el embarazo, es posible que se supervise.

Entre los ejemplos de enfermedades comunes que pueden complicar el embarazo se encuentran:

- Enfermedades cardíacas
- Hipertensión arterial
- Problemas renales
- Trastornos auto-inmunes
- Enfermedades por contagio sexual
- Diabetes
- Cáncer
- Infecciones

Otras afecciones que pueden aumentar el riesgo del embarazo pueden ocurrir durante el desarrollo del mismo - por ejemplo, diabetes gestacional e incompatibilidad Rh. Un buen cuidado prenatal puede ayudar a detectarlas y tratarlas.

Algunas molestias, como náuseas, dolor de espalda y fatiga, son comunes durante el embarazo. A veces es difícil saber qué es normal.

³⁷ Héctor Mondragón Castro. Ginecoobstetricia Elemental, ed. 2ª México: Trillas pag.36

5.6.3.1 *Diabetes gestacional*

Si la embarazada tiene diabetes mellitus debe asegurarse de tener bajo control su situación antes de quedarse embarazada, para que las posibilidades de tener un hijo sano y un parto normal sean lo más altas posibles. Es probable que necesite una mayor cantidad de insulina durante el embarazo por lo cual debe realizarse un seguimiento médico estricto, para el seguimiento del bienestar fetal, monitoreo de los niveles de glicemia y manejo dietético.

Hay mujeres a quienes se les diagnostica diabetes mellitus gestacional, un tipo de diabetes que se desarrolla sólo durante el embarazo y que suele desaparecer poco después del parto. Los riesgos de este tipo de diabetes son menores y raramente se precisa insulina; con reducir la ingesta de azúcar suele ser suficiente.

La complicación principal en los hijos de madres con diabetes gestacional es la macrosomía fetal (niños con peso mayor de 4 kilos)

Diabetes en el Embarazo (Gestacional)

La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación. La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto no ocurre se produce la diabetes gestacional.

En muchos casos los niveles de glucosa en sangre retornan a la normalidad después del parto. Su prevalencia global se sitúa entre 1 – 3 %.

Es reconocida la repercusión de la diabetes gestacional sobre el embarazo y sus efectos perinatales adversos tanto en la madre como en el feto, por tal razón se ha realizado la presente revisión bibliográfica.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de diabetes gestacional varía notablemente, según los distintos autores. Esta diferencia obedece a varios factores:

- Diferencias en la metodología y los criterios de diagnóstico utilizados.
- Factores de riesgo de la población de embarazadas estudiadas.
- Diferencias étnicas: se han encontrado grupos de muy baja frecuencia del (0,7%) hasta poblaciones de alta prevalencia como de (14,3%).
- Subdiagnóstico en los países en vías de desarrollo, por la falta de identificación de las pacientes.
- Sobre diagnóstico por problemas técnicos o de metodología.

En un estudio multicéntrico realizado por los Doctores. Alvariñas y Salzberg encontraron que nuestro país presenta una prevalencia del 5%. Dichos autores comparan nuestra prevalencia con la de los Estados Unidos que presenta valores que oscilan entre 2,5% y 12,3%, resultados muy variables ya que dependen de la metodología diagnóstica utilizada.

En 1989 sobre el auspicio del Ministerio de Salud, fue iniciado el estudio brasilero de diabetes gestacional, que utilizó los criterios de la O.M.S. para el rastreo y diagnóstico. El censo realizado en seis capitales brasileras tomadas al azar, comprendió un total de 5.010 gestantes, encontrándose diabetes gestacional en el 0,4%.

En el reporte de la maternidad de señala globalmente en una estadística de varios países un aumento del 3,3% al 7,5% entre 1979 y 1988.

En un análisis estadístico realizado en Colombia, de un total de 1.726 mujeres embarazadas se detectó una prevalencia de diabetes mellitus gestacional del 1,43%, la cual es muy baja comparada con la de los otros países.

ETIOPATOGENIA:

A lo largo del embarazo tienen lugar una serie de modificaciones hormonales que van reduciendo paulatinamente la sensibilidad insulínica.

A partir del 7º semana en que comienza la elevación de la hormona lactógeno placentaria y el cortisol materno, comienza el aumento de la resistencia insulínica que llega a su máxima expresión en el 3º trimestre. Se ha encontrado una reducción de la sensibilidad insulínica de más del 50% durante el 3º trimestre comparado con el 1º.

Los factores que contribuyen al aumento de la resistencia insulínica son la elevación de los ácidos grasos libres provenientes de la lipólisis y un ineficiente acoplamiento entre la activación del receptor de insulina y la traslocación de los GLUT 4 a la superficie celular. Estos cambios son los responsables de la tendencia a la hiperglucemia, lipólisis e hipercetonemia existente en este período.

El cortisol y la hormona lactógeno placentaria son diabeto génicos y el momento de su máximo efecto se manifiesta en la 26ª semanas de gestación. La progesterona, otra hormona antiinsulínica ejerce su máximo de acción en la semana 32ª. Por lo dicho, la 26ª y la 32ª semanas de gestación son de gran trascendencia desde el punto de vista metabólico y esto condujo a normalizar en este momento el estudio del metabolismo hidrocarbonado durante el embarazo.

FACTORES DE RIESGO:

- Edad materna mayor a 30 años.
- Historia obstétrica pasada (pasado de diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, abortos a repetición, nati y neo mortalidad fetal, macrosomía y malformaciones fetales).
- Uso de medicamentos con acción hiperglucemiante (corticoides y otros)
- Obesidad central IMC >30.
- Historia familiar de diabetes especialmente entre los familiares de 1º grado.

Se puede agregar como factores de riesgo el hecho de pertenecer a determinados grupos étnicos entre los más importantes y el embarazo múltiple.

DIAGNOSTICO:

Las condiciones básicas para cualquier sistema de rastreo son la aceptación por parte del paciente y la relación costo / beneficio de los exámenes.

Actualmente dos criterios son mundialmente aceptados para el diagnóstico y rastreo de la diabetes gestacional, el de la A.D.A. (American Diabetes Association) y de la O.M.S.

La O.M.S. propone que se utilicen en la mujer embarazada los mismos procedimientos de diagnóstico de diabetes mellitus en el resto de las personas, y que toda mujer que reúna los criterios diagnósticos de intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus sea considerada y manejada como diabetes mellitus gestacional.

La A.D.A. mantiene los criterios de O' Sullivan y Mahan que se basan en una prueba de pesquizado y una prueba confirmatoria con carga oral de glucosa que debe realizarse siempre que la prueba de pesquizado resulte anormal.

Dado que ambos criterios tienen diferencias marcadas y que ninguno de los dos cubre totalmente las expectativas de diagnóstico el "Comité de Expertos de A.L.A.D." en 1997 decidió implementar como diagnóstico de Diabetes Gestacional, una modificación de los criterios establecidos por la O.M.S.

Este criterio fue aceptado por la Sociedad Argentina de Diabetes y en 1998 se decide implementar esa metodología y criterios de diagnóstico.

Se considera que una embarazada tiene Diabetes Gestacional cuando durante el embarazo se encuentra glucosa plasmática en ayunas mayor o igual a 105 mg/dl (repetida en dos determinaciones). Si el valor de este estudio es menor de 105 mg/dl, se sugiere realizar una carga de 75 g de glucosa y se confirma el diagnóstico cuando a los 120 minutos postcarga presenta un valor de 140 mg/dl o mayor.

En las embarazadas sin factores de riesgo, que presentan valores poscarga entre 140 mg/dl y 150 mg/dl, es conveniente repetir el estudio en el curso de la semana, con el objetivo de evitar el sobre diagnóstico por problemas técnicos.

En gestantes con valores dentro de los límites considerados normales, pero que presenta factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional, se sugiere repetir el estudio entre la 31^o y 33^o semanas de amenorrea.

Control Y Seguimiento Clínico Prenatal

Se debe realizar una observación muy de cerca del feto y de la madre durante todo el embarazo. El auto monitoreo de los niveles de glucosa en la sangre le permite a la mujer participar en su cuidado. La observación para evaluar el tamaño y el bienestar fetal incluyen exámenes de ultrasonido y pruebas que indiquen que no hay sufrimiento fetal.

Las consultas deben realizarse cada 15 días hasta la 30^o semana y luego semanalmente hasta la internación, siempre que no se presente ninguna patología concomitante que requiera controles más seguidos. En cada consulta se debe valorar el control glucémico, la tensión arterial, el peso y la presencia de edemas, aparte de los controles clínicos y analíticos convencionales de todo embarazo.

Se realizarán controles mensuales de la hemoglobina glucosilada como método complementario de valoración del control glucémico. Así como también evaluación oftalmológica, cardiológica y nefrológica.

TRATAMIENTO:

Existen recomendaciones para la conducción del embarazo de la mujer diabética.

- 1) Equipo multidisciplinario que incluye al internista, diabetólogo, obstetra, neonatólogo, anestesista, nutricionista, enfermería, psicólogo (para la adhesión al tratamiento)
- 2) Derivación oportuna a un centro más idóneo en atención y capacitación.

Respecto del control metabólico se considera óptimo lo establecido por el consenso de Diabetes y Embarazo de la Sociedad Argentina de Diabetes:

- ❖ Glucemia en ayunas entre 70 – 90 mg/dl.
- ❖ Glucemia preprandial entre 70 – 105 mg/dl.
- ❖ Glucemia 2 horas postprandial entre 90 – 120 mg/dl.
- ❖ Cetonuria negativa.
- ❖ Evitar las hipoglucemias.
- ❖ Fructosa mina y hemoglobina glicosilada en límites normales.

Son los cuatro pilares para su adecuado tratamiento:

1. Educación diabeto lógica.
2. Plan de alimentación.
3. Farmacológico.
4. Actividad física.

Educación Diabetologica.

Se propone la importancia de que la paciente y su núcleo familiar tengan conocimientos básicos de esta entidad, de la metodología de control, de la importancia del cumplimiento del tratamiento y de las complicaciones que puede tener y como evitarlas o resolverlas una vez instaladas.

Plan De Alimentación.

Debe realizarse respetando las necesidades energéticas del embarazo, sin incluir dietas excesivamente restrictivas (< 1600 Kcal/día) en las obesas, constituyendo el VCT de 55% de hidratos de carbono, 15 a 20% de proteínas y 30% de lípidos.

En las pacientes obesas no es conveniente realizar una restricción calórica mayor del 30% del valor calórico total, ya que dietas más restrictivas producen aumento

significativo de la acetonemia materna. Por el contrario, la restricción calórica del 30% Reduce El Índice De Macrosomía Sin Riesgos Para El Feto.

Farmacológico

Es unánime el rechazo a la utilización de los hipoglucemiantes orales, ya que atraviesan la barrera placentaria y pueden incrementar el hiperinsulinismo fetal favoreciendo el desarrollo de macrosomía de fetal e hipoglucemia neonatal y por su posible acción teratógena.

Insulinoterapia

Está indicada si en una semana presenta en dos o más ocasiones: glucemias basales mayores o iguales a 95 mg/dl y/o postprandiales mayores o iguales a 120 mg/dl medidas en sangre capilar.

La insulina recomendada es la humana, para disminuir la posibilidad de problemas en relación a la formación de anticuerpos anti insulina.

Se usa insulina humana de acción intermedia en 2 o 3 dosis/día, y correcciones con insulina de acción rápida, cuando es necesario. La insulina Lispro puede ser útil cuando hay hipoglucemia con la administración de la insulina simple (rápida) convencional.

Actividad Física

El beneficio metabólico está relacionado con la capacidad que tiene el ejercicio de reducir la resistencia insulínica. Los ejercicios más aconsejables son los que activan la mitad superior del cuerpo, porque no producen contracciones uterinas.

La actividad física intensa no es recomendable en la embarazada si:

- Genera contracciones uterinas,
- Presenta hipertensión inducida por el embarazo
- Tiene antecedentes de infarto agudo de miocardio o arritmias.

Se trata de embarazos múltiples.

CRITERIOS DE INTERNACION

En la primera consulta si la embarazada:

- Esta con mal control metabólico.

En cualquier momento del embarazo ante:

- La necesidad de comenzar con insulino terapia.
- En caso de complicaciones como descompensación metabólica, infección urinaria alta o preclamsia
- Necesidad de maduración pulmonar con corticoides.
- Complicaciones obstétricas.

TERMINACION DEL EMBARAZO

Al llegar al término.

Sin tener en cuenta la madurez pulmonar si:

- Hay sufrimiento fetal.
- Pre eclampsia severa o eclampsia severa.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas.
- Hemorragias.

Comprobada la madurez pulmonar:

- Cuando hay labilidad metabólica.
- Si el feto es macrosómico.

Si hay sospecha ecográfica de macrosomía y la estimación del tamaño fetal está entre 4000 y 4500 g se permite una prueba de parto, pero si la estimación es de más de 4500g se indicara la cesárea.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES GESTACIONAL

Maternas:

- Descompensación metabólica aguda: cetoacidosis diabética, siendo mortal para la madre y el feto.

- Infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la diabetes.

- Preclamsia/eclampsia, que aumenta el riesgo de morbimortalidad materno/fetal.⁵

- DG en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2: por lo general la diabetes gestacional desaparece después del embarazo, pero una vez que se ha tenido DG hay posibilidad de que dos de cada tres mujeres presente nuevamente esta enfermedad en futuros embarazos. Hasta un 30 a 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente. Datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, y enfermedad cardiovascular.

Fetales:

- Macrosomía: Peso excesivo para la edad gestacional, constituye el atributo más característico de la diabetes gestacional. Se la ha considerado como una consecuencia del hiperisulinismo fetal en respuesta a las altas concentraciones de glucosa materno/fetal. Existen complicaciones relativas a la macrosomía fetal, llevando a un aumento de la tasa de partos por cesárea, mayor riesgo de toco traumatismos y aumento de la neomortalidad.

- Malformaciones congénitas pueden ocurrir, ya que no siempre se trata diabetes que aparece por primera vez en el embarazo, pero si es diagnosticada en esta ocasión.

- Problemas respiratorios: Enfermedad de la membrana hialina por inmadurez pulmonar, ya que el hiperinsulinismo fetal, interfiere en la acción madurativa de las catecolaminas y corticoides endógenos.

- Hiperbilirrubinemia: es significativamente más frecuente e intensa, tanto por la prematuridad como por la policitemia secundaria a una mayor secreción de eritropoyetina por hipoxias leves en úteros.

- Hipocalcemia: se presenta a los dos o tres días del nacimiento, cuya causa es la reducción transitoria de la secreción de Paratohormona.

- Hipoglucemia: es frecuente, especialmente en los neonatos macrosomicos.

RECLASIFICACION

Terminado el embarazo es importante hacer una nueva evaluación del metabolismo hidrocarbonado, solicitando una prueba de sobrecarga oral de la glucosa a las seis semanas postparto, después de haber cesado el tratamiento con insulina.

El resultado de dicho test puede ser:

- Normal: Debemos tener en cuenta que esta mujer tiene un 50% de posibilidades de repetir la DG en el próximo embarazo, y también un riesgo aumentado de padecer Diabetes Mellitus en el futuro.

- Patológico: En cuyo caso puede presentar intolerancia a la glucosa o Diabetes mellitus.

Parto

Unas semanas antes de que ocurra el nacimiento, el bebé coloca su cabeza hacia abajo y la encaja en el cérvix del útero. Esto provoca en algunas mujeres molestias, que indican que está próximo el parto.

Se producen varias señales que indican que el niño está a punto de nacer. El parto se divide en tres etapas: dilatación, expulsión del producto y expulsión de la placenta.

La primera, es que los músculos del útero comienzan a contraerse bruscamente. Estas contracciones se vuelven regulares y aumentan en fuerza y en frecuencia; a esto se le llama labor. La labor dura generalmente entre 3 y 24 horas, y sirve para ir empujando al producto hacia el exterior a través de la vagina, la cual se ensancha para permitir su salida. A esta etapa se le denomina dilatación.

Durante la labor se rompe el amnios que libera el líquido amniótico; a esto se le conoce como ruptura de la fuente.

Cuando el cérvix está totalmente dilatado, el niño se desplaza hacia el canal de nacimiento; aparece la cabeza y después gira para que salgan los hombros y el resto del cuerpo. A esta etapa se le da el nombre de expulsión del producto.

Al nacer el niño llora, abre la boca, llena sus pulmones de aire y empieza a respirar. Se corta el cordón umbilical. Después del parto el útero sigue contrayéndose para expulsar la placenta; a esta etapa la conocemos como expulsión de la placenta, dando por terminado el alumbramiento.

Un nuevo ser ha nacido; él depende totalmente de sus padres para subsistir y desarrollarse. Para hacerlo en forma adecuada, necesita cubrir sus requerimientos de nutrición, higiene y cuidados, además del cariño y estímulo de un ambiente familiar sano.³⁸

³⁸ Alan H. DeCherney, Martin L. Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricos ed. 7ª México, Manual Moderno. Pág. 462

VI DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 Presentación del caso

Ficha de identificación:

Nombre: G.Z.L

Edad: 35 años

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Mexicana

Domicilio: Calle 5 Lote 12 Manzana 13 Col. Olivar del Conde

Estado civil: Casada

Ocupación: Trabajadora

Antecedentes Personales:

Quirúrgicos: Negados

Traumatológicos: Negados

Cardiovasculares: Obesidad, Hipercolesterolemia (en tratamiento)

Diabetes: En embarazo (DMG)

EPOC: Negado

Alérgicos: Chocolate, Leche de soya

Endocrinológicos: Diabetes

Gastrointestinales: Negado Nefrourológicos: Negado

Padre; Vivo Madre:

Viva Antecedentes personales no patológicos: habitan en casa propia con todos los servicios básicos.

Análisis de la Valoración

Necesidad	Satisfecho	Insatisfecho	Real	Potencial
Oxigenación	/		✓	
Alimentación		✓	✓	
Eliminación		/		
Movimiento y Buena Postura				
Descanso y Sueño	/	✓	✓	
Vestido	✓			
Termorregulación	✓			
Higiene	✓			
Evitar Peligro		✓	✓	
Comunicación	✓			
Ciencia y Valores	✓			
Trabajo y Realiza		✓		
Recreación	/			
Aprendizaje	/			

DIAGNOSTICOS REALES

Necesidad alterada: Evitar peligro Causa de la dificultad: voluntad y conocimiento Rol: Ayuda

Diagnostico Alteración: de evitar peligros relacionados a herida quirúrgica (episiotomía)

Manifestada por dolor

Objetivos: La señora G.Z. Sentirá alivio del dolor, mediante la detección y control del mismo.

Necesidad Alterada Evitar Peligro.

<p>Planeación</p> <p>Intervención</p>	<p>Fundamentación</p> <p>Teórica</p>	<p>Ejecución</p>
<p>Monitorización de los signos vitales:</p> <p>Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca Frecuencia, respiratoria, Temperatura</p> <p>Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia llevando la monitorización.</p>	<p>Constituyen indicadores de la condición del individuo los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático.</p> <p>La hipertermia es la elevación de la temperatura corporal por arriba del punto de control del hipotálamo, y ocurre por algunos estímulos (como las endotoxinas bacterianas, o los virus) conocidos como pirógenos exógenos (PE) que a su vez activan el centro de termorregulación mediante el incremento</p>	<p>Se valoran los signos vitales por la mañana así como temperatura y T/A cada 4 horas.</p> <p>Se verifica que no exista signos y síntomas de hipertermia tomando temperatura cada 4 horas,</p>

	<p>en la producción de prostaglandinas E2. Los PE son citosinas entre las que se encuentran las interleucinas. La fiebre es un mecanismo de adaptación del individuo y funciona como mecanismo de defensa durante las infecciones, pocos gérmenes mueren a temperatura de fiebre pero con la elevación de la temperatura Se reduce la liberación de toxinas, y se potencializan los mecanismos de defensa del hospedero así como la acción de los antimicrobianos.</p>	<p>sin encontrar alguna alteración</p>
<p>Realizar Cuidado de la Herida quirúrgica (episiotomía).</p>	<p>Para el cuidado de las heridas es esencial preparar el lecho de la herida con la creación de un ambiente óptimo para la cicatrización. Como el realizar curación y si es necesario de manera profiláctica. Los principios básicos de los cuidados de heridas incluyen: limpieza o desbridamiento manejo del exudado y cicatrización interactiva.³⁹</p>	<p>Se llevó a cabo curaciones</p>
<p>Inspeccionar y monitorizar las características de la herida quirúrgica (episiotomía),</p>	<p>Por lo general, mientras más extenso sea la aceleración o la episiotomía mayores serán las probabilidades de infección y abertura de la herida. Como en la episiotomía grande se desvitaliza más tejido, se presenta más oportunidades para</p>	<p>Al realizar el procedimiento de la curación .Se mantuvo monitorización en tiempo y forma</p>

³⁹ Richard Hogston, Barbaran A. Marjoram, Fundamentos de la práctica de enfermería ed. 7ª México: Mc Graw Hill. 2011 pag.205

<p>registrar cualquier cambio producido o datos clínicos de infección.</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor incluya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localización • Características • Aparición/Duración • Frecuencia • Calidad • Intensidad/ severidad 	<p>contaminación. La inspección del sitio de episiotomía a muestra rotura de la herida y abertura de la incisión la membrana necrótica que puede cubrir la herida quirúrgica debe desbridarse de ser posible⁴⁰Por lo general, mientras más extensa sea la episiotomía mayor es la probabilidad de infección y abertura de la herida, debido a que se desvitaliza más tejido se presenta la oportunidad de contaminación,</p> <p>La valoración del dolor es una actividad compleja que consiste en considerad los aspectos físicos debido a que el dolor es una experiencia subjetiva, solo la persona que percibe el dolor sabe su naturaleza el dolor.</p> <p>El dolor en el sitio de la episiotomía en el síntoma más común de síntoma y signo de infección³⁹.</p>	<p>Se valoró el dolor sin encontrar cambios</p>
--	--	---

⁴⁰Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez, Fundamentos de enfermería ed. 3ª México: Manual Moderno 2008 pag.475

<p>Proporcionar a la señora G.Z. in alivia de dolor optimo mediante profilaxis prescritos</p>	<p>La administración de medicamentos o analgésicos no narcóticos como (ácido acetilsalicílico, indometacinas, lisinas, paracetamol) intervienen en la biosíntesis de las prostaglandinas, responsables de los procesos inflamatorios.</p>	<p>En la ministración de los analgésicos prescritos como el paracetamol se logró disminuir el dolor</p>
<p>Aplicar: técnicas fisioterapéuticas</p>	<p>La fisioterapia aumenta o restablece la capacidad corporal, disminuye el dolor, la espasticidad muscular y la inflamación. La colocación del paciente en una posición específica con alineación cuidadosa, el masaje suave.</p>	<p>Se brindó apoyo a la señora G.Z. a mantener el habito higiénico del baño siendo caliente de asiento terapéutico que logro un efecto estimulante</p>
<p>Proporcionar técnica terapéutica por medio de calor y frio</p>	<p>La terapia del masaje suave por golpe, presión, percusión o fricción aumenta el aporte sanguíneo linfático produce relajación muscular y alivia el dolor dichos efectos incrementa</p>	<p>Se logró disminuir el dolor por medio de colocación de compresas, calientes</p>

	con la aplicación previa del calor , los efectos del calor, son analgésicos, antiespasmódicos, descongestivos y sedante, en tanto que el frio alivia el espasmo muscular y reduce la inflamación y alivia el dolor ³⁹	
--	--	--

Evaluación: Se logró disminuir el dolor y así como que la señora G,Z,L se mantenga en un estado de bienestar y confortable,

EVALUACION: La paciente logro disminuir el nivel del dolor bajo el control del mismo

DIAGNOSTICO REAL

Necesidad Alterada: Trabajo y Realización Causa de la dificultad: Falta de fuerza y voluntad Rol: Ayuda

Alteración de la necesidad del trabajo y realización relacionada con disminución de la actividad manifestada por ansiedad, tristeza.

Objetivo: Lograr que la señora G.Z. pueda descubrir así como realizar nuevas actividades que le permitan controlar la ansiedad.

Planeación Intervención	Fundamentación Teórica	Ejecución
Brindar ayuda emocional a la señora G.Z.	El personal de enfermería como parte de la atención a la salud, debe brindar ayuda y comprensión, seguridad, empatía del personal sanitario es muy importante ya que el paciente puede estar sufriendo por estrés, si no también se puede ver afectado por el cambio de rutina y del entorno.	Se proporcionó un ambiente de seguridad llevando una comunicación, afectiva

<p>Calmar a la señora GZ brindando información y asesoramiento para disminuir el sentimiento de estrés</p>	<p>El sentimiento es la experiencia subjetiva que acompaña a una emoción carece de las concomitancias somáticas propias de las emociones. El estrés es una respuesta fisiológica que se desencadena por un agente estresante es un estímulo que genera amenaza y produce reacciones.</p>	<p>Se brindó una plática explicando información sobre su diagnóstico (Diabetes Gestacional) y así disipar cualquier duda.</p>
<p>Proporcionar información con una comunicación clara y así poder disminuir ansiedad por desconocimiento.</p>	<p>El proceso de comunicación, incrementa una relación de ayuda y la utilización del conocimiento científico y la comprensión del comportamiento humano influyen en la acción terapéutica, La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico.³⁹</p>	<p>Se brindó una orientación oportuna y se disminuye ansiedad.</p>

Evaluación: Se logró que la señora G.Z. Realizara nuevas actividades que le permitan controlar la ansiedad.

DIAGNOSTICO REAL

Necesidad Alterada: Alimentación Causa de la dificultad: Voluntad y conocimiento Rol: Suplencia

Diagnostico Alterado: Alteración de alimentación relacionada al aumento consumo de carbohidratos manifestado por sobre peso.

Objetivo: Contribuir a que la señora GZ baje de peso

<p>Planeación</p> <p>Intervención</p>	<p>Fundamentación</p> <p>Teórica</p>	<p>Ejecución</p>
<p>Fomentar la educación nutricional proporcionando la información acerca de la necesidad de modificar su dieta alta en carbohidratos por razón de salud como el aumento de peso y así evitar complicación</p> <p>Coordinación con el personal de dietóloga y sugerir al</p>	<p>La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización, el alimento está compuesto de nutrientes, los cuales se requieren en cantidades adecuadas y de los grupos correctos y proporción con que cada 1 de ellos deben contribuir a la parte alimenticia debe ser completa, suficiente y equilibrada.</p> <p>La dieta se refiere a la variedad de los alimentos y a la</p>	<p>Se logró que la señora GZ aumentara su conocimiento de educación nutricional brindándole pláticas por medio de folletos rotatorios dándole así a conocer la importancia del consumo de C. favoreciendo la aceptación de cambiar su dieta.</p>

<p>personal de nutrición que se acerque a la señora G.Z. con el objetivo que se enseñe a llevar una dieta adecuada en cantidad y correcto</p>	<p>cantidad que se consumen al día. La dieta es la unidad de la alimentación y debe ser correcta con todos los nutrimentos esenciales o indispensables por otra parte los nutrimentos no deben de ser consumidos en exceso por que al hacerlo da lugar a enfermedades.</p>	<p>Al referir a la señora G.Z. al nutriólogo se logró el objetivo de que aceptara llevar una dieta adecuada en cantidad y en los nutrimentos esenciales</p>
<p>Fomentar el seguimiento de la dieta prescrita por el personal de dietóloga así como el propósito de la dieta y el tiempo que debe seguirse</p>	<p>La dieta debe ser a fin de la diversidad de la clasificación de los alimentos en grupo de acuerdo a sus funciones en la dieta e incluir por lo menos el alimento de cada grupo en cada comida y debe contener un 65% de carbohidratos, 30 o 40% de grasas o lípidos y un 15% de proteínas, además de vitaminas y minerales.</p>	<p>Se le brindo una charla a la señora G.Z. estando presente personal de nutrición explicándole el propósito de la dieta así como el porque es importante llevar acabo el régimen siguiendo las indicaciones</p>
<p>Evaluar el nivel actual de conocimiento de la señora GZ acerca de la dieta prescrita y disipar cualquier duda que pueda surgir</p>	<p>El poseer conocimientos sobre tipos, fuentes y función</p>	<p>Indagar y preguntar</p>

<p>Promover y animar a la señora G. Z. a realizar actividad física</p> <p>Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos del ejercicio físico</p> <p>Manual Practico</p> <p>Asesorar a establecer las metas a corto y largo plazo de realizar ejercicio físico para obtener un resultado optimo</p>	<p>El realizar una actividad física como el ejercicio físico, es funcional de los músculos, órganos, tiende a regularizar las funciones organices, actúa como estimulador, sobre todo cuando se realiza con gusto.</p> <p>Se necesita realizar una gran actividad física para que el organismo pueda adecuarse lo más pronto posible a las condiciones normales del cuerpo y posee excelentes beneficios es uno de los elementos fundamental de la terapia contra la obesidad y prever alguna complicación.</p> <p>Establecer objetivos nos ayuda a llevar una práctica que nos obliga a realizar un esfuerzo de manera constante y disciplinada, con el fin de sentirnos en buenas condiciones y responder favorablemente a una exigencia física</p>	<p>Se realiza una rutina de ejercicio en las a la en donde la señora G.Z. y otras pacientes participaron y aceptaron con entusiasmo la actividad</p> <p>Se tuvo una plática con todas las pacientes de la sala proyectando una exposición y llevando a cabo una dinámica de juego para dar a conocer la importancia y beneficios de hacer ejercicio logrando el propósito</p> <p>Todas las mañanas se realizó diferente rutina de ejercicio de 20-30 minutos con el propósito de disminuir peso y así que la señora G.Z. lo continúe en</p>
--	---	---

<p>Establecer un plan realista con la señora G.Z. en el que incluya la disminución de la ingesta de carbohidratos</p> <p>Fundamentos de la practica</p>	<p>Los alimentos ricos en carbohidratos incluyen pan, arroz, cereales pero tienden también a tener un alto contenido de grasa. El cuerpo utiliza carbohidratos para obtener energía pero la alimentación de un adulto debe contener moderada la ingesta de carbohidratos, y proporcionar US-60% de la energía alimentaria y a que cada gramo de carbohidratos produce alrededor de 17k jales/g (4k cal/g) Pero el consumo de este debe ser moderado para evitar así un aumento de peso</p>	<p>casa.</p> <p>Se proporciona una guía y un libro en donde le ofrece diferentes opciones de incluir todos los elementos nutritivos y en cantidad como diferentes recetas de cocina el cual acepto.</p>
---	--	---

Evaluación: Se logró que la señora G.Z. aceptara en llevar una alimentación adecuada y así disminuir su peso y mantenerlo.

<p>seguridad y favorecer el descanso</p> <p>Minimizar la ansiedad proporcionando un enfoque severo que le brinde bienestar, valoración conductual afectivo cognoscitiva y socio cultural.</p> <p>Ayudar a la señora GZ a disminuir la ansiedad proporcionándole información objetiva respecto a su</p>	<p>fatiga, ansiedad, un entorno inseguro</p> <p>La ansiedad es una sensación incomoda que produce como respuesta al miedo (sentimiento que surge ante un peligro real). Los niveles de ansiedad presentan características conductuales, afectivas y cognitivas que se manifiestan en respuestas físicas o mentales de la paciente: alteración de sueño, descanso alteración en el tono de voz y el flujo de las palabras, inseguridad, timidez.</p> <p>Un mecanismo de afrontamiento son intentos consientes para bajar la ansiedad como por ejemplo: caminar, leer, platicar, meditación, técnicas de respiración.</p>	<p>así como horario y evitando ruidos indeseables y excesivos favoreciendo el descanso y sueño óptimo.</p> <p>La señora G.Z. logro dominar la sensación de ansiedad y afrontamiento, compartiendo sus sentimientos de ansiedad y preocupación.</p> <p>La señora G.Z. logro disminuir la ansiedad por medio que se brinda información asertiva y comunicación clara de su padecimiento y de las</p>
--	---	--

<p>diagnóstico y procedimientos, incluyendo posibles sensaciones que han de experimentar durante el proceso</p> <p>Instruir a la señora G.Z. sobre las diferentes técnicas de distracción como:</p> <p>Terapia de actividad: Leer, escribir recreativa, conversación</p>	<p>El descanso y sueño ofrece la posibilidad de convivir con entusiasmo y utilidad, para obtener un desarrollo físico mental, siempre y cuando se lleve un estilo de vida basado en su valoración. Algunas formas de distracción estriban en la satisfacción de necesidad biológica y alimentación, sueño ejercicio y así como participar en actividades culturales, ludo terapéuticos juegos etc.</p>	<p>acciones del personal de salud que se realizan ante su cuidado y bienestar.</p> <p>Se proporcionó material de didáctico como libros, revistas juegos de mesa.</p>
--	--	--

Evaluación: La paciente logro disminuir el nivel de ansiedad en el tiempo previsto y recobran su sueño. Fomentado a realizar diferentes actividades recreativas durante el día.

DIAGNOSTICO: REAL Necesidad Alterada: De Eliminación Causa de la dificultad: Falta de fuerza, Voluntad Rol: Ayuda

Alteración de la necesidad de eliminación intestinal relacionados a sedentarismos manifestados por estreñimiento incomodidad

Objetivo: Contribuir a evitar el estreñimiento

<p>Planeación</p> <p>Intervención</p>	<p>Fundamentación</p> <p>Teórica</p>	<p>Ejecución</p>
<p>Vigilar la operación de signos y síntomas de estreñimiento</p> <p>Vigilar la existencia de peristaltismo</p>	<p>El estreñimiento se refiere al paso anormalmente difícil o infrecuente de heces duras y se debe a una disminución de la motilidad intestinal.</p> <p>La inactividad como la que impone el reposo encama prolongado, da como resultado menos gasto energético a medida que disminuye el índice metabólico basal y ocurre menos reemplazo de líquidos y nutrientes y esto, provoca una perístasis reducida, lleva a la complicación principal de inmovilidad y estreñimiento.</p>	<p>Se vigiló signos y síntomas de estreñimiento durante el turno sin presentar algún síntoma.</p> <p>Se valoró a la señora G.Z. y al auscultar el abdomen se presentaron ruidos intestinales normales.</p>

<p>Instruir a la señora G.Z. acerca de la importancia de una proporción de fibra y consumo de líquidos.</p>	<p>La ingestión alimenticia del consumo fibra fomenta la actividad peristáltica y la evacuación regular, tales alimentos son fruta del tiempo con piel, vegetales, semillas aumentar los líquidos es recomendable al menos 30-35 ml/kg por día la menos que algún padecimiento lo restrinja.</p>	<p>Se logró que la señora G.Z. aceptara y consumiera una dieta rica en fibra y líquidos en una proporción adecuada</p>
<p>Instruir a la señora G.Z. del uso correcto de laxantes</p>	<p>Los laxantes deben de ser utilizados correctamente y deben de estar prescritos por el médico debido a que el abuso de los laxantes frecuentes. Con ellos disminuyen los reflejos normales, lo que causa que el paciente requiera más laxantes y se vuelve dependiente de ellos.</p>	<p>No fue necesario administrar laxantes aunque estaba prescrito por el médico en caso necesario.</p>
<p>Fomentar que la señora G.Z. realice actividad física en lo permitido por sus condiciones médicas.</p>	<p>La movilización saludable, caminar, agacharse, subir escaleras, etc. Ayudan a la movilidad intestinal al aplicar fuerzas de compresión intermitente y presión abdominal variable sobre el intestino delgado y el intestino grueso lo cual ayuda en gran medida a la perístasis y de este modo a la defecación regular.</p>	<p>Se realizó un programa de actividades físicas y se logró disminuir el síntoma de estreñimiento.</p>

Evaluación: Se logró que la señora G, Z,L evitara el estreñimiento

CONCLUSIONES

El proceso atención enfermería es una herramienta eficaz para valorar a una persona, identificar diagnósticos, valorar, ejecutar y evaluar el estado del paciente para así poder planear los cuidados específicos que requiere esta. Todos los seres humanos somos diferentes en sentido biopsicosocial- espiritual es por esto que no todos los cuidados son tan eficaces en unos como en otros ya que la gran mayoría de las veces como personal de salud nos enfocamos a cuidar la parte física pero no la parte emocional, social ni espiritual, es por eso que debemos intentar hacer un cambio ya que la mente es la parte más poderosa del cuerpo y es impresionante los resultados que se obtienen con pacientes hospitalizados los cuales se les cuida de forma holística ya que ellos al ser escuchados, sugestionados, elogiados, etc. Mejoran su estado de ánimo y como consecuencia su estado de salud mejora en gran proporción y ese sentimiento es transmitido de igual forma a los familiares que están en una crisis situacional por el hecho de tener hospitalizado a un familiar.

Los objetivos trazados en cada uno de los objetivos del presente PAE fueron alcanzados en su totalidad, pero cabe aclarar que hay que dar un seguimiento a la persona en el hogar ya que la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) es una alteración que puede volver a repetirse con otros embarazos o bien generarse sin que estos existan por lo que es conveniente trabajar un plan de alta con la Sra. GZL.

Fue de gran ayuda el basar el PAE en la teoría de Virginia Henderson ya que permitió una valoración completa y suficiente, aunque cabe aclarar que podría utilizarse otros modelos teóricos que logren abarcar de forma total a la persona.

Es de suma importancia que como personal de salud se contribuya a lograr cambios en el estilo de vida ya que de esto depende desempeño laboral, además esto direccionará una mejor calidad de vida cambios que repercutirán en la vida de las personas que se cuidan así como la propia vida nuestra. Al realizar el proceso de atención enfermero implica un cuidado holístico a las personas valorando sus necesidades para así realizar las intervenciones pertinentes. Esta información en lo personal me ha ayudado a hacerme un autoexamen dándome cuenta de que debo cambiar mi estilo de vida para tener una mejor calidad de vida holística y difundir la información a familiares, amigos, vecinos, conocidos para que ellos de igual forma hagan los cambios pertinentes evitando la diabetes mellitus y sus complicaciones que afectan holísticamente a las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Furukawa, C.Y. Howe, J.K (1995) Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group.
2. Henderson, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research Octubre. Pág. 10, 11, 16.
3. Henderson, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pág. 63, 64, 68.
4. Henderson, V.A. (1978) the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo Pag 24.
5. Internet. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril pág. 15, 16,17.
6. Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pág. 1, 2,3.
7. Ahsinson, Murray. Proceso de Atención de Enfermería, Segunda edición. Editorial El Manual Moderno S.A. de CV, México DF. 1993.
8. Association Filadelfia. Pensilvania North American Nursing Diagnosis. Diagnósticos Enfermeros de la Nanda, 1999-2000. Definiciones y clasificación 1999-2000, 25 aniversario; Harcourt, p 116.
9. Carpenito, Linda J. Diagnóstico de Enfermería, Aplicación a la Práctica Clínica. Interamericana. Mc Graw-Hill. 3ª Edición, Sección uno, El Proceso de Enfermería, p2. 1990.
10. Benavent MA et al. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21, 2002.
11. Chacón N. Formación de Valores Morales. Ed. Pueblo y Educación, 1999.
12. Diccionario de Filosofía. Traducción al español. Editorial Progreso. Moscú, 1984.
13. Fuerbringer M et al. Enfermería, Disciplina Científica. México: Ed. Universitaria Potosina, 1995.
14. Iyer P. Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.
15. Jiménez R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica. La Habana Ed. Ciencias Médicas, 1998.
16. Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson SA, 1996.
17. Leddy S, Pepper JM. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company, 1997.
18. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Administración y Liderazgo en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1998.
19. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería, 4ta. ed. Madrid: Harcourt, 2000.
20. Medina Castellanos CD. Ética y Legislación. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21, 2002.

21. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Salvat, 1990.
22. Rodríguez J. Fundamentos de Enfermería Especializada. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.
23. Thompson J. Thompson H. Ética de Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1998.
24. La incidencia de embarazos gemelares en la población general es de un 1,5%. En técnicas de fecundación asistida puede alcanzarse el 20%. Luis E. Tsng, Juan F. Mere. *Ginecología y Obstetricia*. Vol. 42 N°3 diciembre de 1996
- Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». *Obstet Gynecol* (March 1987) **63**: pp. 333–7. PMID 3822281.
25. KidsHealth.org (marzo de 2006). Calendario semanal del embarazo. Editado por Elana Pearl Ben-Joseph y The Nemours Foundation. Último acceso 29 de enero de 2008.
26. Medline Plus Medicinas] (julio de 2004). «Progesterona» (en español). Consultado el 25 de enero de 2008. «Usted debe saber que este medicamento puede provocar somnolencia (darle sueño). Si la progesterona le provoca mareos o somnolencia tome su dosis diaria a la hora de acostarse. Usted debe saber que la progesterona puede causar mareos, vahídos, y desmayos cuando usted se levanta demasiado rápido al estar acostado. Esto es más común cuando usted recién comienza a tomar progesterona. Para evitar este problema, levántese de la cama lentamente, apoyando sus pies en el piso durante unos pocos minutos antes de ponerse de pie.».
27. Crianza Natural - citado por enBuenasManos.com. «El Primer Mes» (en español). *Vida Sana: Embarazo*. Consultado el 28 de enero de 2008. «Otro de los mecanismos de protección del embarazo es el rechazo a ciertos olores como el tabaco, el café o la contaminación.».
28. CareFirst Blue Choice, Inc. Blue Cross and Blue Shield Association (junio de 2004). «Molestias durante el embarazo» (en español). Enciclopedia. Consultado el 25 de enero de 2008. «En especial por la noche, muchas mujeres embarazadas sienten la necesidad de orinar con mayor frecuencia durante el primer trimestre del embarazo. Eso se debe a cambios hormonales y a la presión agregada que ejerce el útero en crecimiento sobre la vejiga urinaria. El resultado es que usted siente un fuerte deseo de orinar, pero sólo expulsa una pequeña cantidad de orina.».
29. Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez; Sergio Azcárate Sánchez Santos (1997-1998). «Cambios fisiológicos durante el embarazo». Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia

- libro 1** (Vigilancia prenatal): pp. 18.
http://www.drscope.com/pac/gineobs/o1/o1_pag18.htm. Consultado el 25 de enero de 2008.
30. Juan Aller y Gustavo Pagés - Fundación Aller para Estudios de Fertilidad (enero de 2007). «Diagnóstico de Embarazo» (en español). Consultado el 29 de enero de 2008.
 31. Elgueta V, Patricia (2005). «Diagnóstico del Embarazo» (en español). Universidad de Chile - Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia. Consultado el 26 de enero de 2008.
 32. Instituto Químico Biológico. Signo de GOODELL Diccionario de Términos Médicos. Último acceso 26 de enero de 2008.
[Medline Plus] (Febrero de 2006). «Ultrasonido de una placenta normal - Braxton Hicks» (en español). Enciclopedia médica en español. Consultado el 29 de enero de 2008.
 33. MCG Health System (October de 2007). «Glosario - Embarazo y Nacimiento» (en español). Health Information > Embarazo y Parto. Consultado el 29 de enero de 2008.
 34. BebesYmas.com Contracciones de Braxton Hicks. Último acceso 29 de enero de 2008.
 35. embarazoymas.com Clasificación del riesgo en el embarazo o riesgo obstétrico. Último acceso 08 de marzo de 2013.
 36. «LA ALIMENTACIÓN Y EL CUIDADO DE LAS MUJERES».
 37. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (2007). «33». Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies (5 edición). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone. ISBN 0443065721. <http://www.amazon.com/Obstetrics-Pregnancies-Steven-G-Gabbe/dp/0443065721>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE
NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON
ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Datos de Identificación:

Nombre G.Z.L. Edad. 35 Sexo. Femenino Ocupación. Empleada

Estado Civil. Casada Religión. Católica Escolaridad. Licenciatura Domicilio: Calle 5
Lote 12 Manzana 13_Col.Olivar del conde 1era Sección Del. Álvaro Obregón

Unidad de salud donde se atiende

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia 18 X Ritmo Regular Expansión torácica: Simétrica Si

Profundidad: Superficial No Profunda Uniforme

Pulso: Frecuencia 64 X Ritmo: Regular Si Irregular Intensidad: Fuerte Sí Débil

Temperatura: 36 Tensión arterial 130/90 mm Hg.

Somatometria: Peso 67 Talla 1.60

Valoración De Necesidades:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No

Describe ¿Cuándo? Camino o realizo actividades físicas.

¿Se ha expuesto al humo de leña? No

¿Ha fumado en algún momento de su vida? Sí.

¿Cuántos cigarros al día? Dos

¿Convive con fumadores? Sí.

¿Ha convivido con aves? Si

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No

¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? NO

¿Su casa está ventilada? Sí.

¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No

¿Tiene familiares con problemas para respirar? No

¿Le han diagnosticado hipertensión? Sí

¿Tiene problemas cardíacos? No

¿Tiene familiares con problemas del corazón? No

¿Toma algún medicamento? No

Explore:

Región cardiopulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos)

Campos pulmonares: Ventilados.

Tórax:

Inspección: Piel integra tórax elíptico-simétrico ausencia de restricciones intercostales y abombamiento respiración diafragmática 18X. Tipo Esténico (Normal) .Forma y simetría del tórax con elasticidad conservadora y percusión sonora Normal Sin Presencia de lesiones, Buena mecánica ventilatoria.

Mamas y axilas: Datos de exploración Mamas simétricas con cambios propios a la gestación

Sin alteración en el pezón.

Axilas: Sin alteración

Dificultad respiratoria: Si **Fatiga:** Si **Tos:** No **Expectoración:** No

Coloración de la piel: Pálida **Llenado capilar** 2 segundos.

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?

Cantidades en raciones:

1 Vaso de leche (300ml), 1 barra de cereal (25mg) o 1 pieza de pan (50gr) 1 plato de fruta (250gr) 1 yogurt (145 gr)

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida?

Cantidades en raciones:

1 plato de sopa (300 gr) 1 porción de carne o pollo (150 gr) 1 plato de verduras (250gr) 1 vaso de agua de (300 ml)

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena?

Cantidades en raciones

1 vaso de licuado o avena (300 ml) o una quesadilla de queso panela (40 gr) o 1 pieza de pan (50 gr)

¿Come entre comidas? Sí

¿Qué alimentos consume? Fruta (1 manzana, plátano naranja) o 1 gelatina (125 gr)

¿En dónde acostumbra comer? En casa

¿Con quién acostumbra comer? Mi familia

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No

¿Por qué? No permito que mis sentimientos se involucren con mi alimentación

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Pollo, verduras, fruta

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? Hígado, pastas

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia?

Leche de soya, leche descremada, chocolate

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia?

Pescado, mariscos

¿Tiene problemas para masticar? No

¿Por qué? No tengo ningún tipo de problema con mis muelas y dientes y cuento con todas las piezas compuestas

¿Tiene dentadura completa? Sí

¿Usa prótesis? No

¿Tiene problemas con su peso? Sí

¿Por qué? No puedo lograr mantenerme en mi peso adecuado.

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Sí

¿Por qué? No suelo tener problemas de estreñimiento

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 5-6 vasos de agua

¿Acostumbra tomar refrescos? Sí Cantidad 200 ml

¿Acostumbra tomar café? No

¿Acostumbra tomar alcohol? No

¿Toma suplementos alimenticios? No

Coloración de la piel:

Ictericia: No **Pálida:** Si **Grisácea:** No

Estado de la piel:

Turgencia: No **Hidratada:** No **Seca:** Si

Estado de mucosas:

Integras: Si **Hidratadas:** si **Deshidratadas:** No

Constitución:

Endomórfica: Si **Ectomorfica:** No

Aspectos de dientes y encías: Limpios con dentadura completa sin caries y encías sin alteración

Afección y manifestaciones de tubo digestivo: No presenta ninguna afección

Explore:

Cavidad oral: Se observa labios Delgados, Humectados sin presencia de alteración, .Dientes y muelas sin Presencia de caries .Lengua Sin bordes anormales, con buena movilidad y sin presencias de nódulos, induraciones o lesiones. Simetría: conservada

Región abdominal:

Abdomen: Blando depresible doloroso con presencia de útero en involución a 3 centímetros por arribe de cicatriz umbilical con peristaltismo normal activo, al tracto vaginal, con presencia de loquios hemáticos moderados.

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? 2 veces

Presenta alguno de estos signos o síntomas:

Esfuerzo para defecar: No

Dolor anal al evacuar: No

Dolor abdominal al evacuar: No

Flatulencias: No

Tenesmo: No

Meteorismo: No

Incontinencia: No

Prurito: No

Hemorroides: No

Cuándo presenta problemas para evacuar: Por lo regular no me sucede a menudo solo cuando permanezco varias horas en una sola posición como sentada más de lo que suelo estar.

¿Qué recursos utiliza? El masaje en el estómago y en la parte baja de la espalda, tomar agua, y consumir fruta que contenga fibra.

¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? Consumir fibra y tomar agua

¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? El permanece sentada más tiempo de lo que acostumbro

¿Qué características tiene la evacuación? Sólida, pastosa

¿Cuántas veces orina al día? 3-4

¿De qué color es su orina? Amarillo Ámbar

¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?:

Disuria No

Poliuria: Sí.

Nicturia: Sí.

Retención de orina No

Urgencia para orinar: Sí.

¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? Estar siempre cercado un sanitario, Utilizar varios cambios de ropa interior. Utilizar protectores

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: No

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: Solo tomo agua durante el día.

Presencia se edema: No

Estomas: No

Ruidos intestinales: Ruidos peristálticos Normales

Características de orina: Aspecto: clara, turbia Color: Amarillo Ámbar

Características de las evacuaciones: Solida pastosa

Presencia de edema: Si Ligeramente (Miembros Inferiores)

¿Usted suda? Sí.

¿Cómo es su sudoración? Normal

¿Bajo qué condiciones suda? Cuando estoy nerviosa, ansiosa, o porque no hay ventilación en la habitación.

¿Cada cuánto menstrua? 28 días

¿Cuántos días dura su menstruación? 4-5 días

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?:

Dismenorrea No

Pérdidas intermenstruales: No

Flujo vaginal: No

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la de ambulación? No

¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria?

No

¿Tiene dificultad para moverse? No

Especifique: Puedo desplazarse de un lado a otro sin ningún tipo de ayuda

¿Utiliza apoyos para desplazarse? No

¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupación? Sentada y en algunos momentos de pie.

¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? 5-6 Horas

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?

Dolores óseos: Si

Musculares: Si

Articulares: No

Contracturas: No

Presencia de temblores: No

Especifique cuales: Dolores óseos, musculares, articulares.

Movimientos involuntarios: No

Describa: La paciente manifiesta que en ocasiones presenta dolores en miembros inferiores, colocando lienzos de agua caliente le disminuye el dolor.

Le falta fuerza o Debilidad muscular: No

Edema: Si

Ardor: No

Comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo: No

Describe: Presenta ligero edema en miembros inferiores

Mareos: perdido del equilibrio o desorientación. No

¿Realiza usted alguna actividad física? Sí.

¿Cuál? Ejercicio

¿Qué tiempo le dedica a la semana? 5 -6 Días a la semana

Uso de prótesis: No

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos.

La paciente se moviliza con una marcha lenta y pausada debido a molestias como el dolor por la presencia de herida quirúrgica de cesaría, deambula por el pasillo de la sala como tarea de recreación.

Moviliza 4 miembros. Anatómicamente normales y simétricos.

Miembros inferiores: Realiza movimientos en forma lenta y pausada. No presenta varices. Ligero edema. Pulsos periféricos .presentes con ritmo simétrico. Refiere molestias en la región del abdomen, al realizar determinados movimientos.

Al ponerse de pie puede mantener una postura firme.

Miembros superiores: Realiza los movimientos de forma coordinada

Es independiente para realizar las tareas de higiene, y para alimentarse.

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? Sí.

¿Cómo? Tomando una siesta después de comer

Después de descansar ¿Cómo se siente?

¿Cuántas horas duerme habitualmente? 5-6 horas

¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?:

Dificultad para conciliar el sueño Sí.

¿Se despierta fácilmente? Sí.

Sueño agitado, No Pesadillas, No

Nerviosismo, Si.

¿Se levanta durante la noche? Sí.

¿Por qué? Por la necesidad de asistir al sanitario, la ansiedad y las actividades de rutina del personal hospital por ejemplo tomar de signos vitales o administración de medicamentos

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? Sí.

¿Por qué? Es tranquilo, cómodo y está limpio en buenas condiciones.

¿Acostumbra tomar siesta? Sí.

¿Qué hace para conciliar el sueño? Tratar de estar tranquila y tener buenos pensamientos.

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, apatía, adinamia)

Al momento de la valoración no presenta signos de cansancio o datos de ojeras bostezo u otra distracción se encuentra atenta a la entrevista así como a cada pregunta y una actitud positiva y alegre.

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuándo?: hace frío Ropa térmica y que me proteja para no obtener un resfriado hace calor Ropa ligera y fresca Cuando llueve Trato de no salir pero si es necesario ropa que me cubra. ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? Si ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? Sí. ¿La ropa que usa usted la elige? Sí.

¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? Sí.

¿Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos? Si

¿Utiliza pañal? No

¿Acepta el uso de bata hospitalaria? Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse Si

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño

Al momento de la valoración la paciente se encuentra en buen estado de higiene y aseo personal, refiere higienizarse diariamente durante la mañana sin ayuda, no presenta riesgo de caída durante su aseo.

7. Termorregulación

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si

Temperatura ambiental que es agradable: Templado

Temperatura corporal; 36 C

Características de la piel: Fría No Caliente: Si Húmeda: No

Condiciones del entorno físico

¿Sabe cómo medir la temperatura? Sí ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No

Especifique La paciente refiere que es muy rara vez que padece de alteración de la temperatura.

¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones?

Colocar lienzos de agua fría y si es necesario tomar antipiréticos

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos)

En estos momentos al realizar la valoración la paciente se encuentra normotensa, presentando una temperatura axilar 36 C, refiere no padecer con hipertermia o hipotermia pero sabe qué hacer cuando se presente toma medidas preventivas.

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña y aseo de cavidades? Todos los días

¿Cada cuando se lava el cabello? Diario Después del baño

¿el cambio de ropa es? Total

¿Cada cuando lava sus manos antes y después de comer? Frecuentemente y antes y después de cada alimento.

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies y manos Diario

¿Cada cuando cepilla sus dientes? 3 veces al día

¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? Si algunas veces no es frecuente

¿Utiliza prótesis dental? No

¿Cuándo realizó la última visita al Dentista? Hace 6 semanas

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No

¿Por qué? Puedo realizar todas las actividades de aseo personal por mí misma.

Olor corporal: Presencia de halitosis: No

Lesiones dérmicas: No

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello y cuero cabelludo, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones)

Al explorar se observa cabeza Simetría Normal Configuración del cráneo.

Cuero cabelludo Normal. Cabello: limpio, largo rizado, su textura fina y frágil, reseca.

Oído Pabellones auriculares Simetría Normal. Forma Normal .Tamaño Medianos .Conducto auditivo: Sin presencia de secreciones. Lesiones Ninguna .Presencia de cuerpos extraños No Agudeza auditiva Buena.

Cara: Simetría Normal.

Forma ovalada .Ojos Simetría Normal .Ceja Poco poblada Pestañas Cortos. Párpados Amplios Conjuntivas .Esclerótica Blancas .Pupilas Normal .Reflejo motor Normal. Campos cardinales Normal .Agudeza visual Deficiente.

Observaciones Refiere utilizar anteojos manifiesta que no los utiliza.

Nariz: Simetría Normal Características fosas nasales amplias .Sin presencia de secreciones

Cavidad oral: Se observa labios Delgados, Humectados sin presencia de alteración, .Dientes y muelas sin Presencia de caries cuenta con dentadura completa y se observa limpia .Lengua Sin bordes anormales, con buena movilidad y sin presencias de nódulos, induraciones o lesiones.

Faringe: Observaciones Sin presencia de irritación o lesiones

Cuello Simetría Normal .Crecimiento de ganglios, Movilidad Sin Dificultad.

Miembros inferiores: Realiza movimientos en forma coordinada y posee vía periférica en miembro superior izquierdo permeable, Manos limpias sin alteración Uñas: Color transparentes, con lechos rosados y puntas blancas translucidas, cortas y limpias.

Características de la piel: Al explorar se observa y se valora fresca, cálida con textura suave, blanda, lisa, Coloración: Pálida, turgente, Elasticidad: aumentada, temperatura normal, Humedad: seca e integra.

Edema: Si Ligeramente en miembros inferiores

9. Evitar peligros

¿Vive sólo o con su familia? Con mi familia

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si

En caso de ser afirmativo mencione cuales

Hogar Si

Trabajo Si

Vía pública Si

Hospital Si

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? Si

Mencione las causas que considera que le puedan provocar peligro: Dificultad para;

Escuchar: No Hablar: No Ver: No

Desplazarse: No Uso de aparatos ortopédicos: No

Métodos invasivos

Conducciones del ambiente de la unidad del paciente

Iluminación ventilación

Humedad del piso Higiene:

Prácticas sanitarias habituales: Baño, cambio de ropa total, Cepillado de dientes, aseo de uñas de (pies y manos)

La habitación donde cursa la internación cuenta con un buen diseño de iluminación como terapéutica, amueblado adecuado, baño compartido con habitación de alado, refiere sentirse cómoda tanto con sus compañeros de sala así mismo con el personal de salud y de limpieza.

Esquema de inmunizaciones completo Sí. Toxoide Diftérico Sí. Toxoide tetánico Sí. Hepatitis Sí. Neumocócica Sí. Influenza Sí. Rubéola Sarampión Sí. Revisiones periódicas en el último año:

Auto exploración mamaria Sí. ¿Cada cuánto tiempo la realiza? 1 vez a la semana
Resultado Sin alteración Mamografía Sí. Resultado Sin alteración Papanicolaou Sí.
Resultado Sin alteración Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No Seguimiento del plan terapéutico prescrito No
Automedicación No ¿Consumo de drogas de uso no médico? No Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad Sí. Uso de pasamanos Sí. Uso de asideras Sí. Uso de lentes de protección No Aparatos protectores para la audición No Bastón No Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Sí. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? Sí. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?: Si

En el trabajo Sí. ¿Las utiliza? Sí.

Casa: Si. ¿Las utiliza?, Si. Otros lugares No, Si. ¿Cuáles? En la vía pública y ahorita que me encuentro en el hospital

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No

10. Comunicación

Estado civil Casada Años de relación 3 años Vive con Mi esposo

Causas de preocupación estrés Si

¿Manifiesta estas preocupaciones? Si

¿A quién? Rol en la estructura familiar

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? Si

¿Cuánto tiempo pasa solo? De 1-2 horas

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? Si

Habla: Claro Dificultad en la comunicación verbal/no verbal con la familia. No manifiesta que tiene excelente comunicación con toda su familia

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No ¿Cuál? Vista No oído No olfato No gusto No tacto No

¿Afectación verbal? No

Tipo de carácter: Dócil Auto percepción: Optimista, Realista Introverso Extroverso

¿Tiene dificultad para? Comprender No, Aprender No Concentrarse: No Lectoescritura: No ¿Cómo es la comunicación con su familia? Afirma que es excelente y tienen mucha confianza.

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

La paciente utiliza un lenguaje verbal propio a su nivel de conocimiento se expresa de manera clara muy cooperadora y de muy buen humor se encuentra relajada, lúcida, y ubicado en tiempo y espacio. El nivel de conciencia evaluada con la escala de Glasgow es de 15/15. Tiene conocimiento de sí mismo, del entorno y del personal sanitario que presta sus servicios.

Es cooperador, independiente, y mantiene buena presencia e higiene personal.

11. Creencias y sus valores

Creencias religiosas: Católica

¿Sus creencias les generan conflictos personales? No

¿De qué tipo? Ninguno

Principales valores personales Respeto Honestidad Amor

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? Si

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte? La paciente manifiesta que no posee una enfermedad terminal y es conocedora de su diagnóstico al igual que su familia.

Su estado de salud en general es bueno, lo que posiblemente facilitara y favorecerá su recuperación

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso) Asistir a la iglesia los domingos a misa

¿Permite la exploración física? SI

¿Demanda la atención de algún guía espiritual? No

¿Qué es importante para usted, en la vida? Mi familia y tener respeto por los demás y tener salud.

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? Superarme a base de estudio para poder ascender de categoría en mi trabajo.

¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre Manifiesta que cuando ella y su familia pueden ayudar lo hacen y le gusta tener actos de bondad ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted

ha esperado de ella? Si me siento muy feliz con todo lo que la vida me ha brindado aunque se me presentan adversidades pero sigo adelante.

¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas?

Si

Explore:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace.

Ejemplo:

a) Lee con frecuencia Si

b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros Si en su buro tiene una estampa

c) Prácticas de oración y rezos Si por las noches y al despertar

d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo Si

e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias No

f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual. No

12. Trabajar y realización

Fuente de ingreso (Jubilado, pensionado, otro) Trabajadora de una empresa

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? Si

¿Qué actividades le hace sentir útil y satisfecho? Tomar clases de artes plásticas de cocina

¿Cómo influye en su estado emocional la incapacidad que presenta para trabajar?
En mucho porque ya me siento ansiosa e regresar a trabajar y realizar mis actividades normales.

Estado emocional del paciente

Calmando----Ansioso-----Enfadado

Retraído Temeroso Irritable

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo?

Ejercicio, clases de cocina y manualidades

¿Tiene alguna ocupación no remunerada? Sí.

¿Cuál? Las actividades de casa y dar algunas veces clases.

¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No

¿Necesita algún cuidado especial? No

¿Cuál? Ninguna ¿Puede trabajar? Sí.

¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No

¿De qué tipo? Ninguna

¿Tiene dificultad para integrarse socialmente?

(Familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) No, soy muy sociable

¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No

¿Cuál? Ninguno

¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? Sí.

¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Siempre

¿A qué lo atribuye? Me gusta ser objetiva y cumplir con mis objetivos soy ¿Cuáles son sus metas de vida? Seguir estudiando para tener un puesto más alto.

Explore: (actitud)

Se encuentra ansiosa refiriendo que ella es muy activa y al encontrarse internada desde hace tres días manifiesta ansiedad por encontrarse sin realizar sus actividades cotidianas.

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse?

Siempre

¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? Pienso que el estado de ánimo influye en la vida cotidiana por que

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse?

Cine Si

Teatro No

Lectura Si

TV Si

Música Si

Baile Si

Fiesta Si

Reuniones con amistades y familiares Si

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca

¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No ¿Qué medicamento le indicaron? Ninguna

¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? No
Especifique

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Clases de cocina de artes plásticas.

¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? Me ayudan a liberar el estrés por eso procuro asistir a mis clases.

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? Si

¿Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar sus actividades lúdicas o recreativas? No

¿Rechaza las actividades recreativas? No

Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas

Si porque Me ayudan a canalizar mis estrés y me siento muy feliz todo los días.

14. Aprendizaje

Grado académico Universidad

Problemas de aprendizaje No

Limitación cognitiva No

Tipo de Preferencias para leer: Todo los temas me interesan pero estoy un poco más interesada en mi diagnóstico de salud.

Escribir Si

¿Conoce / utiliza, Las fuentes de apoyo de aprendizaje? Si

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? Si

¿Presenta alguna lesión del sistema nervioso que influya en su aprendizaje?
No

Estado de los órganos de los sentidos: Están en buen estado no presenta ninguna alteración

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje? Influye en una manera muy buena porque tengo más entusiasmo para aprender y descubrir nuevas cosas.

Ansiedad Si

Dolor Si

Apatía No

Estado de memoria Reciente

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Sí

¿Por qué? Cada día hay nuevas cosas y nacen nuevos conocimientos así como la tecnología va avanzando y me interesa aprender más así como para sobre salir en la vida.

¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? No me cuesta ningún trabajo

¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura: Si

De otras personas Si

Televisión Si

Radio Si

Cursos Si

Conferencias Si

Otros Internet, Revistas

¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Sí.

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Sí

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Se observa y expresa que tiene facilidad e interés de aprender nuevas cosas y manifiesta que si le interesa aprender, así que desea, estudiar y tener otra preparación académica debido que su profesión lo requiere como para poder cubrir otro estatus en su trabajo y poder cubrir otras necesidades

