



**CENTRO DE ESTUDIOS TÉCNICOS DE BACHILLERATO
PROFESIONAL S.C.
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM CLAVE 3098**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA
ADULTA JOVENCON GRAVIDEZ DUR ANTE EL 2º TRIMESTRE,
BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
SAMPERIO CASTILLO MISAEL
Cuenta: 409544750

ASESORA:
DRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRILL

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA UNAM

ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2019.



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

A MI FAMILIA.

Que siempre me motivaron a seguir adelante en todas mis decisiones, su apoyo moral y su entusiasmo, tiempo y amor que me han brindado gracias.

A MIS MAESTROS.

Por el esfuerzo y tiempo que dedicaron al compartir sus conocimientos con amabilidad y tolerancia ya que sin ellos no hubiera sido posible llegar a esta meta profesional para desempeñar lo aprendido en mi vida laboral y cotidiana gracias.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II JUSTIFICACIÓN.....	5
III OBJETIVOS.....	6
General	6
Objetivos específicos:	6
IV MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 ENFERMERÍA COMO CIENCIA.....	7
4.2- CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.....	9
4.2.1 CUIDAR	10
4.2.2 ANTECEDENTES DEL CUIDADO	11
4.2.3 TIPOS DE CUIDADO.....	12
4.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	13
4.3.1. CONCEPTO Y OBJETIVO DE TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	15
4.3.2 VENTAJAS DE LAS TEORÍAS:	15
4.3.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.....	15
4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	19
4.4.2 OBJETIVO DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	20
4.5. DESCRIPCIÓN DE ETAPAS DEL PAE.....	21
V. CASO CLINICO.....	49
5.1. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.....	51
5.2. PLAN DE CUIDADOS.....	52
ANEXOS.....	66
GLOSARIO.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	73

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención enfermería (PAE) es el método científico que sustenta la práctica asistencial del profesional de enfermería que permite otorgar cuidados individuales a una persona o comunidad de una forma racional, lógica y sistemática.

Para el desarrollo del PAE es imprescindible que el personal de enfermería cuente con habilidades y conocimientos técnicos y teóricos con el fin de ejercer una práctica autónoma trazándose objetivos que vayan en busca del bienestar de la persona o comunidad que se encuentre bajo su cuidado.

El PAE consta de cinco etapas sucesivas e interrelacionadas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El presente trabajo fue elaborado con el fin de valorar una paciente en estado de gravidez normo evolutivo sustentándolo bajo la teoría de Virginia Henderson, quien en su modelo habla sobre 14 necesidades correspondientes al plano fisiológico, psicológico, espiritual y social de cada individuo. Para Henderson es indispensable la intervención del personal de enfermería para la pronta independencia del paciente guiando y orientando sus cuidados para que consiga una recuperación más rápida y prevención de un riesgo futuro.

II JUSTIFICACIÓN.

Enfermería hoy en día tiene un papel muy importante dentro de la sociedad ya que desempeña la función de brindar cuidados a todo tipo de población sin importar sexo, edad o estado socio económico estén o no con alguna enfermedad.

En la actualidad nuestro país ha tenido un incremento de embarazos por ello es indispensable tener conocimiento en todas las áreas como es la gravidez para poder preservar la humanidad y se logre tener una reproducción exitosa.

El siguiente trabajo habla sobre un embarazo normoevolutivo en el cual se describen cuidados que se pueden brindar a una mujer, interviniendo acciones correctivas y preventivas para evitar posibles complicaciones a corto y mediano plazo

Los cuidados prenatales son indispensables para preservar la vida y salud de la madre y del producto debido a que un buen control de buenos cuidados garantizará en un futuro el bienestar del binomio por eso es importante detectar las necesidades a tiempo para hacer un plan de cuidados adecuado y personalizado para atender las demandas del paciente.

III OBJETIVOS.

General:

Elaborar y aplicar un proceso de atención de enfermería a una adulta joven con gravidez cursando el segundo trimestre bajo las 14 necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de proporcionar un cuidado holístico.

Objetivos específicos:

- Elaborar las etapas del proceso de atención de enfermería de manera específica, ordenadas por jerarquización de necesidades con el fin de mejorar el estado de salud de la paciente.
- Proporcionar educación para la salud acerca de los cuidados que se requieren durante el tercer trimestre de embarazo para prevenir riesgos.

IV MARCO TEÓRICO.

4.1 ENFERMERÍA COMO CIENCIA.

La enfermería ha sido categorizada como una disciplina y un arte ya que a través de la evolución de esta se ha sustentado su conocimiento basado en teorías de otras disciplinas afines ella, mismas que se han enriquecido para crear así modelos propios que guíen la práctica enfermera bajo principios éticos y morales creando así nuevos conocimientos acerca del cuidado y viendo como sujeto de estudio el cuidado del ser humano sano o enfermo en las diversas etapas de la vida.

Si bien la enfermería comenzó como un oficio sin instrucción formal, el cuidado tiene una ciencia empírica y artesanal considerada como actividad necesaria para la continuidad de los grupos, para fortalecer la base de los cuidados la preservación de la vida y la reproducción humana para mejorar las condiciones de vida de los individuos, sin embargo en México se profesionaliza con la inauguración de la primer escuela de enfermería que abrió sus puertas en el hospital general de México en 1907 con objeto de responder a la demanda social. Desde entonces la enfermera cuenta ya con un marco filosófico, teórico y metodológico donde se sustenta la transición de oficios a profesionalización disciplinaria donde son variadas todas las labores que son desempeñadas garantizando profesionistas con juicio crítico y más humanistas que realmente se sientan identificados con la profesión y que se vea reflejado en el alumno de la calidad de los servicios prestados. (Burgos 2003.)

La enfermería como profesión es una actividad que posee un campo de práctica orientada hacia el benéfico de las personas a través del cuidado, se rige por un código de ética una legislación y una forma sistematizada y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y tiene reconocimiento social.

La enfermería es la profesión disciplinaria del cuidado brindado hacia las personas apoyando su práctica profesional con conocimientos propios, y el perfeccionamiento de esta ha ido evolucionando a lo largo de los años utilizando teorías generadas de su propio conocimiento, posee una estructura lógica que permite la comprensión de las dimensiones tales como son:

- La dimensión filosófica donde el conocimiento de la enfermería es guiado por afirmaciones filosóficas a cerca de la naturaleza de los seres humanos y de su relación en el entorno, predomina el humanismo enfatizando valores que promueven el bienestar y los derechos individuales.
- La dimensión teórica retoma la teoría prestada para crear un entorno propio de enfermería tomando en cuenta el metaparadigma para describir los fenómenos del interés de la disciplina, en el caso de la enfermería es el cuidado.
- La dimensión metodológica está representada por el proceso de atención en enfermería compuesto por las cinco etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La enfermería metodológica ha desarrollado el campo del conocimiento para guiar la práctica de enfermería y direccionar el ejercicio profesional aportando avances en el conocimiento que se refiera al cuidado.

4.2- CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

La palabra cuidar proviene de la palabra *coidar*, discurrir, la que, a su vez, proviene del latín *cogitare*, pensar. Su etimología también la relaciona con sentir una inclinación, preferencia o preocupación por decir, para cuidar no solo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico. Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica "estar con" la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio. Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud (PS), establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre PS, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: "la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud." Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación. Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. (Collier, 2009)

El término "estilo de vida" se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud. El cuidado es el proceso de

ayuda a las personas, dirigido a facilitar su desarrollo, su bienestar tal y se define con la correcta comprensión de los factores que lo rodean, sociales, biológicos, culturales, creencias y convicciones es por eso que enfermería se define como la ciencia del cuidado de las personas en cualquier edad de la vida. (Alfaro 2003.)

4.2.1 CUIDAR

El termino cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios, Florencia Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio (Meleis, 1985).

Según Collier (1996) cuidar es todo un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de acciones dirigidas a conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca.

El cuidado implica un acto humano por lo que en la actualidad se habla del cuidado humano que implica la puesta en práctica de valores como el respeto, libertad, solidaridad y amor.

Cualquier tipo de cuidados es un encuentro entre datos desconocidos y datos conocidos; tanto los unos como los otros pueden ser más o menos importantes y siempre susceptibles de transformación, a no ser que interfieran mutuamente.

Cuidar de la vida y la muerte como una dualidad las prácticas primitivas del cuidado de la vida, de la preservación de la salud y de la curación de las enfermedades se han venido transformando con el paso del tiempo, a partir de la consideración de los nuevos descubrimientos en ciencia y tecnología, de los cambios sociales, políticos, culturales y económicos; de la globalización e internacionalización en la oferta de bienes y servicios y de la llamada revolución científica o era del conocimiento, sin embargo, los actos humanos siguen presentes.

Por ejemplo, el cuidado de la vida inicia desde la etapa intrauterina, continúa durante

todo el proceso biológico del ser humano y concluye con la muerte. Leonardo Boff, fundador de la Teología de la Liberación, da a conocer que el cuidado es esencial, y que es un acompañamiento permanente en el ser humano. Bajo este punto de vista surge el cuidado con un enfoque social, en donde inician la fusión entre lo espiritual, material, social, humano y cultural.

4.2.2 ANTECEDENTES DEL CUIDADO

El cuidado desde sus orígenes, se ha definido como un acto propio del ser humano, cuya preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vida y lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte, se perfila alrededor de dos ejes que nacen juntos, coexisten y se complementan: el bien y el mal, el bien es todo aquello que hace vivir y el mal corresponde a la enfermedad y la muerte. El bien debe estar sobre el mal.

El principio de todos los cuidados ha sido vinculado históricamente con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina las prácticas del cuidado cotidiano, desarrollados por la mujer en el hogar con sus hijos y con ella misma y con su compañero.

Las mujeres han curado gracias al contacto con la naturaleza, han forjado su saber transmitiéndolas de unas a otras. Sus actividades de cuidado están enfocadas en el bienestar durante la vida desde el momento del nacimiento hasta la muerte.

Otro aspecto importante del origen del cuidado es la alimentación, las mujeres se encargaban de obtener recursos a través de las cosechas por lo que se destacaron en la economía alimentaria y obtuvieron al tiempo experiencia en las bondades curativas de las plantas.

Procesos tan importantes como higiene, maternidad, fecundidad, parto y lactancia

son ejemplos de cómo el cuidado es innato del ser humano, especialmente en la mujer.

El reconocimiento del valor social al cuidado corporal se basa en la experiencia vivida e interiorizada en su propio cuerpo donde la anciana se constituye en la maestra y adquiere un reconocimiento para iniciar a las mujeres en el cuidado por su amplia experiencia.

4.2.3 TIPOS DE CUIDADO

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan tres tipos de cuidados:

1. Cuidado o asistencia a otros: los cuidamos

Esta forma de cuidado corresponde a la atención sanitaria, que se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud, realizan a la persona con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial. Por extensión, también se miran bajo este tipo de cuidados, las acciones que son realizadas por personas (cuidadores) de la familia, un vecino, una partera y demás agentes informales de salud de la comunidad. Tienen como objetivo recuperar la salud. La atención sanitaria es una actividad tanto para quien la presta como para el enfermo, puesto que produce resultados en ambos; puede decirse que, al favorecer el mantenimiento y conservación de la vida, al permitir que ella continúe, se reproduzca y termine dignamente, se generan altos niveles de satisfacción en el cuidador y en el usuario, se incrementan los niveles de autonomía, de salud y se mejora su calidad de vida.

2. Cuidado entre todos (nos cuidamos):

El cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario; por ej., la disposición de basura, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, la consecución de celadores, entre otras, en pro del bienestar común.

3. Cuidado de sí (me cuido):

Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida. (Collier, 2009)

4.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

Una teoría de enfermería es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir un cuidado enfermero, este proceso permite a la enfermera unificar una estrategia del cuidado que llevará a cabo ya con una meta establecida para mejorar el bienestar de la persona. No se debe olvidar que las teorías no son verdades absolutas ni estáticas, van adoptándose las más convenientes de acuerdo al contexto donde se emplean.

Las enfermeras iniciaron la búsqueda de la esencia de la enfermería cuando empezaron a plantearse la meta de desarrollo con un conocimiento enfermero en el cual pudiera basar su práctica y convertirse en una profesión reconocida.

La historia de la enfermería profesional comienza con Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna quién desafió las reglas sociales de su época,

al ser una mujer culta y preparada, proveniente de una familia aristocrática pero con la idea de darle un sentido útil a su vida, llegó a la conclusión que debía ser enfermera, terminando su formación en Alemania le propusieron trasladarse a Turquía, donde se dedicó al cuidado de los heridos de la guerra de Crimea, aliviando el sufrimiento de los desamparados, donde junto con un grupo de mujeres conformaron el primer grupo de enfermeras formadas, transformando el entorno que favorecían la enfermedad y regulando las normas de higiene para disminuir en gran porcentaje el índice de mortalidad, dignificando el trabajo para las mujeres a pesar de la hostilidad de los médicos.

Posteriormente desarrolló una escuela de enfermeras en el hospital St. Thomas en Inglaterra en 1860. Combinó sus recursos individuales con los sociales y profesionales para provocar un cambio en la salud de los individuos. (Alfaro, 2014)

Su trabajo describió minuciosamente los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, reposo, buena alimentación, higiene y ruido, promoviendo un entorno saludable dentro y fuera de los hospitales como su visión acerca del cuidado, así se pondría al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él, sirvió como guía para establecer escuelas de enfermería con su firme convicción de que el conocimiento entre la enfermería y la medicina era distinto

La era de investigación se concibió ya que las enfermeras afirmaron que era el único camino hacia el nuevo conocimiento, esta era fue seguida por la de educación superior donde ya se incluía una formación especializada y se adoptaron los modelos conceptuales y en la era de la teoría resultó obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente y juntas crearon la ciencia enfermera. (Mariner, 2002.)

4.3.1. CONCEPTO Y OBJETIVO DE TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

Los modelos conceptuales son definidos como el conjunto de conceptos abstractos y generales, así como las preposiciones que se integran para dar un significado a un fenómeno, proporcionando diferentes perspectivas de los conceptos del metaparadigma en enfermería.

La teoría debe ir de la mano de la práctica, proporciona un fundamento racional para recoger datos fiables y válidos sobre el estado real de salud del paciente, esencial para la toma de decisiones, orientando una óptima ejecución y finalmente obtener resultados previstos.

4.3.2 VENTAJAS DE LAS TEORÍAS:

Existen diversas ventajas de establecer las teorías, entre las cuales se encuentran:

- Genera conocimientos que guían el ejercicio profesional a través de una estructura del pensamiento.
- Favorece la autonomía profesional.
- Definen el límite de la práctica profesional ya que permite la plena identificación del rol que adopta la enfermera.
- Proporciona el cuerpo de conocimientos propios de la profesión.
- Crea un lenguaje propio de la enfermería para facilitar la comunicación.

4.3.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Avenel Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes.

Estudió en Washington D. C. en 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de Enfermería del ejército, se graduó en 1921 y trabajó en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York como enfermera visitadora. Interesada en la docencia e investigación profesional, realizó una maestría y luego un título de doctorado.

En el año de 1929 trabajó como supervisora en el área clínica en Nueva York, en 1930 regresa a la escuela donde estudió y se dedicó a dar asesoría sobre el proceso de enfermería y práctica clínica hasta 1948.

Su experiencia profesional como investigadora la realizó desde inicios de los años cincuenta, Desde 1959 hasta 1971 dirigió el proyecto para elaborar los estudios de Enfermería Indexada; los cuales consistieron en analizar 4 volúmenes sobre publicaciones biográficas acerca de nuestra disciplina. Al mismo tiempo escribe el libro titulado "Principios para la atención de Enfermería", 1960. En 1966 publicó "La Naturaleza de la Enfermería". Estos libros se han traducido en 25 idiomas, Fundadora del nuevo consejo Inglaterra regional sobre recursos de la biblioteca para la enfermería.

Henderson afirmaba: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible" (Marriner, 1996).

Aunque Henderson no identifica el metaparadigma como tal, describe los cuatro conceptos básicos a partir de los cuales se genera la investigación, estos conceptos son de contenido abstracto y de ámbito general e intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios. Siguiendo los planteamientos, los conceptos básicos del modelo son:

Persona: individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte tranquila, la persona y la familia son vistas como una unidad.

Entorno: lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

Salud: considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda sus necesidades. Equipara salud con independencia, se refiere a que siempre es importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, es una energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida. La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades.

Enfermería: el proceso de cuidar está dirigido a suplir, ayudar o sustituir al otro como persona o bien herramienta (lentes, bastón, muletas, etc.) en que la persona no conociera su manejo, para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de necesidades desde el nacimiento hasta la muerte. La enfermera es parte del equipo de salud y su trabajo es independiente de la del médico.

Los supuestos básicos en los que se sustenta el modelo de Henderson son los siguientes:

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

Necesidades: Henderson identifica 14 necesidades básicas de la persona que integran los elementos del cuidado enfermero y son:

- 1.- Respirar normalmente, oxigenación
- 2.- Beber y comer adecuadamente, nutrición e hidratación
- 3.- Eliminación de los productos de desecho del organismo
- 4.- Moverse y mantener una posición adecuada
- 5.- Dormir y descansar
- 6.- Vestirse, usar ropa adecuada
- 7.- Mantener una temperatura corporal normal. Termorregulación
- 8.- Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
- 9.- Evitar los peligros del entorno
- 10.- Comunicarse con otras personas
- 11.- Practicar su religión y actuar según sus creencias
- 12.- Ocuparse, emplear su energía para sentirse realizado
- 13.- Participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

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

Describe la relación con el paciente en el proceso de cuidar con la Identificación de tres modelos de función enfermera:

1. Nivel **sustitución**: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. Nivel de **ayuda**: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

3. Nivel de **acompañamiento**: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando de cubrir completamente las necesidades del paciente de un modo en que sea posible; necesidades que son comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo.

Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que éste la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos. (Mariner, 2002.)

4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso de atención de enfermería tiene su origen en el año de 1955 Lidia Hall empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación básica de su conferencia "la asistencia sanitaria es un proceso" definió el empleo de varias preposiciones que indican una relación pueden utilizarse para evaluar el grado de calidad del proceso de la asistencia sanitaria. Las preposiciones son: asistencia sanitaria al paciente y con el paciente. Ida Jean Orlando fue una de las primeras autoras que utilizó el término proceso de atención sanitaria.

Actualmente éste término define el proceso fundamental mediante el cual se satisfacen los propósitos que da la asistencia de enfermería. "Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales". (Alfaro 1993) En el término de paciente se incluye también a la familia o la comunidad. Alrededor del año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) por que se le consideraba un buen instrumento para darle un cuidado individual al paciente, función que cumple hasta la actualidad.

El proceso de enfermería es comparado con el proceso de resolución de problemas y el método científico: sosteniendo que, el proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado y el proceso de enfermería, es el proceso de resolución de problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

En resumen, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

4.4.2 OBJETIVO DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

El PAE tiene como objetivo identificar los problemas y riesgos sean reales o potenciales de una persona o una comunidad nos guía para saber cómo actuar y resolver los problemas o ya sea prevenir o curar una enfermedad.

El proceso de atención de enfermería se caracteriza por tener una finalidad ya que se dirige a un objetivo. Es sistemático porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Es dinámico por que se realiza durante un cambio continuo. Tiene validez universal.

Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales. Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.

Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones con una meta clara.

4.5. DESCRIPCIÓN DE ETAPAS DEL PAE

VALORACIÓN

La primera etapa para determinar el estado de salud e identificar los problemas reales y potenciales es la base de todas las demás etapas del proceso enfermero, es la clave para la seguridad, la precisión y la eficiencia. En cada etapa se valora primero a la persona y la situación del receptor, la valoración directa es la última línea de defensa para asegurar que la información es correcta y los cuidados planificados son seguros y apropiados.

Los principios que se tienen que recordar para recoger datos son, establecer prioridades y reflexionar sobre ellos. Esto ayudará a desarrollar hábitos que promuevan la valoración, organizada, completa y basada en hechos. (Alfaro, 2014)

El propósito principal de la valoración es obtener toda la información necesaria para:

- Detectar, prevenir y gestionar problemas de salud
- Promover el funcionamiento óptimo la independencia y el bienestar,
- Determinar los resultados individualizados de cada persona.

Para promover un razonamiento clínico sólido las valoraciones deben tener las características siguientes:

- Un propósito: la manera en que se hace la valoración dependerá del propósito y de las circunstancias de la situación entre paciente y enfermero.
- Priorizada, obtener la información más importante.

- Centrada y relevante. Centrar la valoración en obtener los hechos relevantes que se necesitan para entender los problemas del paciente.
- Sistemática: Ser sistemática ayuda a ser minuciosa y a reconocer si se ha omitido algún dato importante.
- Precisa y completa: la información debe estar basada en hechos y ha de ser tan completa como su objetivo lo requiera.
- Registrada de manera estándar: registrar la información de manera estándar para encontrar fácilmente la información importante promoviendo así la comunicación entre miembros del equipo.

Existen seis etapas de la valoración la cuales ayudarán a obtener los hechos para la siguiente etapa, el diagnóstico.

- Recolección de datos, reúne datos sobre el estado de salud.
- Identificación de claves y elaboración de inferencias, identificar las claves y sacar algunas conclusiones iniciales sobre lo que pueden indicar los datos.
- Validación (verificación) de los datos: comprueba que los datos reunidos están completos y se basan en hechos reales.
- Agrupación de los datos relacionados. Agrupa los datos relacionados para ayudar a identificar patrones de salud o enfermedad.
- Identificar patrones. Buscar patrones y centrar la valoración en obtener más información para entender mejor las cuestiones presentes.
- Notificación y registro de datos. Informar de los datos anormales y apuntar en el registro de la persona (Alfaro, 2014).

La principal fuente de información es la valoración directa de la persona.

Valoración de datos básicos: es el contacto inicial con la persona para valorar todos los aspectos sobre su estado de salud.

Focalizada: determina la situación de una cuestión específica (ejemplo. Como maneja alguna enfermedad).

Prioritaria. Valoración breve, focalizada y prioritaria para obtener la información más importante.

Ejemplos de valoración inicial

- ¿Cuáles son los síntomas?
- ¿Puede señalar con el dedo las zonas que le molestan?
- ¿Cuándo empezó?
- ¿Qué hace que mejore?

Valoración focalizada continuada

- ¿Cuál es la situación actual del problema?
- Comparación de datos iniciales
- ¿Qué factores contribuyen al problema?

Valoración prioritaria

Incluye aspectos que se deben averiguar, en primer lugar, de toda persona a la que se deban brindar cuidados.

Valoración de la enfermedad y manejo de la discapacidad

- Asegurar de que el plan médico esta actualizado.
- La gestión de los cuidados dependerá del tratamiento médico.
- Averiguar cómo manejan las personas sus enfermedades o discapacidades ya que esto influirá en los cuidados.
- Asegurarse que las personas tengan el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar sus propios problemas de salud.

Cuestiones éticas, culturales y espirituales.

- El éxito de las valoraciones está influenciado por el conocimiento y sensibilidad ante cuestiones éticas culturales y espirituales según los estándares profesionales de responsabilidad.
- Hacer la valoración respetando la dignidad humana sin restricciones por consideraciones de situación social o económica atributos personales o la naturaleza de los problemas de salud.
- Salvaguardar el derecho a la privacidad de la persona.
- Actuar con sinceridad.
- Respetar las creencias culturales o religiosas.

Entrevista y la valoración física

Las habilidades interpersonales y de comunicación y la capacidad para desarrollar empatía, planear preguntar y observar son importantes dentro de esta etapa, por lo que hay que tomar en cuenta algunas consideraciones.

Antes de la entrevista:

- Organizar las actividades a realizar.
- Planificar el tiempo suficiente, asegurar la privacidad, considerar cuando comience la entrevista presentarse mencionando el nombre del entrevistador.
- Verificar el nombre de la persona.
- Explicar brevemente su propósito.

Durante la entrevista

- Prestar a la persona atención.
- Evitar prisas.

Cómo escuchar

- Escuchar activamente, prestar atención.

- Observar el lenguaje corporal.
- Usar frases cortas.
- Tener paciencia.
- Evitar interrumpir.
- Hacer pausas breves en la conversación.

¿Cómo plantear preguntas?

- Preguntar primero sobre los principales problemas de la persona.
- Hacer preguntas abiertas, evitar preguntas cerradas.

¿Qué observar?

- Valorar las áreas relacionadas con las quejas.
- Usar los sentidos.
- Observar el aspecto real.
- Observar el lenguaje corporal.

¿Cómo terminar una entrevista?

- Avisar.
- Pedir a la persona que resuma sus preocupaciones más importantes.
- Preguntar ¿algo más?
- Explicar las rutinas de los cuidados que proporciona.
- Terminar con una frase positiva.

El desarrollo de habilidades para la valoración física requiere una sistematización minuciosa con las siguientes técnicas.

- Inspección: observar cuidadosamente, usar manos, ojos, oídos y olfato.
- Auscultación: auscultar con estetoscopio.
- Palpación: tocar y presionar para probar el dolor y palpar estructuras internas.

- Percusión: determinar los reflejos.
- Organizar la valoración.

Si la persona se queja se debe comenzar con las zonas problemáticas antes de continuar con otras partes del cuerpo.

Realizar exploración con un enfoque sistemático, de cabeza a pies comenzando por la cabeza, el cuello, descendiendo por el cuerpo hasta el tórax, abdomen, piernas, pies, en ese orden.

Guiar validación y verificación de datos, esto sirve para saber si los datos están basados en hechos.

- Los datos que se pueden medir con precisión pueden aceptarse como válidos

Técnica de ayuda para validar los datos:

- Comprobar dos veces la información que es anormal o incongruente.
- Comprobar dos veces que el equipo funciona correctamente.
- Volver a comprobar sus datos.
- Buscar factores que puedan alterar la precisión.
- Pedir apoyo con compañeros.

Información y registro

La fase final de la valoración es informar y registrar. Esta sección se centra principalmente en informar y registrar signos y síntomas durante una valoración inicial de los datos básicos.

Información y registro de los hallazgos anormales

Analizar la importancia de informar hallazgos anormales y notificar cualquier cosa que sospeche que es anormal logra tres cosas:

1. Promueve el diagnóstico y tratamiento tempranos, aun cuando no se tenga el conocimiento para diagnosticar los problemas.
2. Mantiene informado al personal que efectúa cuidados.
3. Ayuda a aprender y obtiene ayuda para determinar si la información es significativa.

Hay que decidir lo que es anormal por ejemplo edad, proceso de la enfermedad, cultura, tolerancia al estrés.

Antes de que se puedan identificar hallazgos anormales, se debe saber lo que es normal para cada persona. Para decidir si la persona a la que se cuida tiene hallazgos anormales, hay que comparar los datos con los estándares de normalidad aceptados. Si los hallazgos no están dentro de los límites normales, se deben de considerar anormales.

Guías: Información y registro.

Información y registro (es decir, comunicación y documentación precisas y completas) es un desafío continuo para las enfermeras y miembros de los equipos de salud.

La comunicación y la documentación van de la mano. En muchos casos, se requiere que las enfermeras completen documentación específica que deben usar para guiar la comunicación verbal.

Determinar lo normal y lo anormal.

Comparar los datos recogidos, con los que se recogieron en el momento de su ingreso (los datos de referencia) o los datos reunidos en las 24-48 h pasadas.

La documentación precisa y completa es esencial para: 1) comunicar a las personas que brindan cuidados las necesidades del enfermo 2) brindar cuidados seguros y eficaces 3) proporcionar los datos que ayuden a los investigadores a mejorar la

calidad y los cuidados 4) crear un registro que muestre si los estándares de los cuidados se cumplen o no.

La seguridad, exactitud y eficiencia de todas las demás etapas del proceso enfermero dependerán de la capacidad para recoger datos precisos, relevantes y completos en la valoración.

Para promover un razonamiento clínico sólido, las valoraciones deben tener un provisto, prioridades, estar centradas ser relevantes, sistemáticas, precisas y completas.

La capacidad para establecer una buena relación con los demás, hacer preguntas, escuchar y observar es esencial para desarrollar una relación terapéutica, crucial para hacer una valoración.

Validar (verificar) los datos, es decir, asegurarse de que la información está basada en hechos, y es completa, esto ayudará a evitar hacer suposiciones y saltar a conclusiones.

Aunque asegurar una recogida completa de los datos significa reunirlos antes de ver a la persona, mientras se ve y después de verla, se debe considerar siempre que la valoración directa de la persona es la principal fuente de información.

Buscar factores de riesgo que provoquen problemas de salud es una parte importante de la valoración.

La entrevista y la valoración física se complementan entre sí, de ellas se obtienen los datos subjetivos de lo que dice la persona a la que se cuida y los datos objetivos de lo que se observa de la valoración física.

Las habilidades de valoración física incluyen inspección, auscultación, palpación, percusión. La valoración física estará completa cuando se comprueben los resultados de las pruebas diagnósticas,

Los estándares obligan a que se apliquen los principios éticos y se valoren las necesidades culturales, espirituales y de comunicación del receptor de los cuidados.

La capacidad de identificar claves y hacer las inferencias correctas está influida por las habilidades de observación, los conocimientos enfermeros y la experiencia clínica.

Para evitar pasar por alto problemas médicos o enfermeros, se deben usar tanto los sistemas corporales como un modelo enfermero para organizar los datos.

Informar y registrar los datos anormales de una manera oportuna asegura la detección temprana de los problemas de la persona y ayuda a aprender cómo reaccionan los expertos cuando las personas presentan ciertos signos y síntomas.

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico se utilizarán los principios del razonamiento diagnóstico, la manera de cómo se debe analizar la información que se obtuvo durante la valoración para identificar correctamente los problemas potenciales y reales. Es un punto crítico en el proceso enfermero, pues es aquí en donde se deben tomar las decisiones sobre el manejo de las distintas cuestiones de enfermería y médicas, así como evitar errores diagnósticos. (Alfaro, 2014)

DIAGNÓSTICO: IDENTIFICAR DE LOS PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES

Durante el diagnóstico se debe decidir que piezas se unirán para obtener una imagen clara de los problemas acontecimientos y riesgos de la persona. Se debe crear una lista de problemas, diagnósticos sospechados, eliminación de problemas,

diagnósticos similares, enumeración de problemas, determinar de factores de riesgo que deben tratarse, identificar de los recursos, fortalezas y áreas para la promoción a la salud. (Alfaro, 2014)

1. El propósito del diagnóstico es aclarar la naturaleza exacta de los problemas y riesgos que se deben tratar para lograr los resultados generales esperados de los cuidados.

2. Las conclusiones que se obtengan durante esta fase afectan a todo el plan de cuidados.

Razonamiento Clínico: consiste en analizar, sintetizar, reflexionar, extraer conclusiones.

Diagnóstico y responsabilidad.

Un punto de partida clave para conocer el diagnóstico es entender el concepto de responsabilidad, es decir, ser responsable de los actos y responder por ellos. Esta responsabilidad puede ser moral, ética o legal o las tres. Como enfermero se tiene que ser responsable moral, ética y legalmente del diagnóstico. Se deben reconocer los riesgos para la seguridad y transmisión de infecciones y tratarlos inmediatamente. (Alfaro, 2014)

Identificar las respuestas humanas es decir los problemas, signos, síntomas y regímenes terapéuticos que afectan la vida de las personas, y promover la función independencia y calidad de vida óptimas. Anticipar las complicaciones posibles y adoptar las medidas necesarias para prevenirlas. Iniciar las intervenciones surgentes.

CAMBIAR A UN MODELO PREDICTIVO DE LOS CUIDADOS (PREDECIR, PREVENIR, GESTIONAR Y PROMOVER).

Se deben brindar los cuidados a un modelo predictivo, predecir, prevenir, gestionar y promover el cual se basa en evidencia, para usar este modelo se requieren 3 cosas.

1. En presencia de problemas conocidos. Predecir las complicaciones más comunes y las más peligrosas, y adoptar medidas inmediatas para a) prevenirlas, b) gestionar en caso de que no se puedan prevenir.
2. Determinar si hay problemas presentes y buscar evidencias de factor de riesgo si se logran identificar comenzar a controlarlos, previniendo así la aparición de los problemas.
3. En todas las situaciones se tiene que asegurar de que se satisfacen las necesidades de seguridad y aprendizaje, y promover un confort, función e independencia óptimos.

Prevenir las complicaciones es esencial para evitar el dolor y el sufrimiento, así como para la supervivencia financiera de las organizaciones del cuidado de la salud. (Alfaro, 2014)

Trayectorias clínicas (mapas de cuidados)

Las trayectorias clínicas también llamadas vías críticas o alas de cuidados trayectorias integrados son ejemplos de aplicaciones del modelo.

Controlar minuciosamente los signos y síntomas en busca de complicaciones (vigilancia enfermería).

Determinar las intervenciones para prevenir las complicaciones.

Preparar las acciones para gestionar las complicaciones inevitables.

Asegurar que satisfacen las necesidades de seguridad y aprendizaje.

Promover la salud, el confort y la independencia.

Ventajas de las trayectorias clínicas:

1. Proporcionar enfoques centrados en los resultados y basados en la evidencia
2. Alertar de los problemas que aparecen con más frecuencia y de los cuidados previstos para situaciones específicas,

3. Ayudar a conocer el curso habitual del tratamiento de problemas comunes mediante la experiencia repetida de usar las trayectorias con diferentes personas.

Desventajas de las trayectorias clínicas

1. Pueden influir mucho en la enfermera ya que al conocer por adelantado los diagnósticos principales, y los cuidados previstos es fácil que se sienta satisfecha y piense ya se conocen los problemas así que no se preocupará demasiado por la valoración.
2. A menudo las personas presentan comorbilidad.

COMPARACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.

Diagnóstico enfermero es un juicio sobre las experiencias o respuestas reales o potenciales de una persona, familia o comunidad ante los problemas de salud o los procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras con el fin de lograr los resultados de los cuales es responsable la enfermera. El diagnóstico enfermero se relaciona con las respuestas humanas a los factores estresantes biopsicosociales y con los problemas de salud que el enfermero está autorizado para tratar y es competente de hacer, el objetivo principal de estudiar qué problemas deben ser considerados diagnóstico enfermero es identificar el rol enfermero independiente, es decir lo que las enfermeras hacen más allá de ayudar a los médicos a tratar a las personas. (Alfaro, 2014)

Diagnóstico médico es la determinación médica de una enfermedad o síndrome realizada por un médico. El enfoque se centra en el proceso de la enfermedad y la causa directa, genética o del entorno que lo causa. El diagnóstico médico trata con enfermedades o condiciones médicas o con patologías (tratar o curar). (Alfaro, 2014)

Terminologías reconocidas por la ANA.

La ANA reconoce 12 terminologías que apoyan la práctica enfermera (diagnósticos/ problemas enfermeros comunes en el adulto).

Términos clave relacionados con el diagnóstico

Diagnosticar: Implica un juicio y nombrar específicamente los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo presentes, basándose en la evidencia de la valoración. (Alfaro, 2014)

Principios fundamentales del razonamiento diagnóstico.

Para ofrecer un fundamento sólido del razonamiento diagnóstico.

Como enfermera se debe preguntar siempre primero a la persona.

El diagnóstico implica comparar los signos y los síntomas de la persona o problemas que se sospechan.

Aunque probablemente se detectarán diversas prioridades en el receptor de los cuidados, se debe incluir la presencia de cualquiera de los siguientes: 1) cuestiones de seguridad 2) posibilidad de infección y transmisión de infección, y 3) necesidades de educación para la salud de la persona. Seguridad, infección, enseñanza. (Alfaro, 2014)

El diagnóstico debe ser respaldado con evidencias. Obtener los claves signos, síntomas, factores de riesgo que llevaron a hacer el diagnóstico.

HACER UN MAPA CONCEPTUAL DE LOS DIAGNÓSTICOS/PROBLEMAS.

DIBUJAR UN MAPA CONCEPTUAL DE LOS SIGNOS, SINTOMAS Y PROBLEMAS DE LAS PERSONAS AYUDARÁ A DESARROLLAR HABILIDADES DE RAZONAMIENTO.

Para registrar un diagnóstico real, es decir, una vez identificado los signos y síntomas del diagnóstico.

1. Una vez determinado el problema.
2. Relacionar para conectar el problema con su etiología es decir la causa o los factores de riesgo relacionados.
3. Incluir los signos y síntomas que demuestren el que el diagnóstico está presente usando las palabras evidenciado por:

IDENTIFICACION DE LAS COMPLICACIONES POTENCIALES

- Una vez que se logren identificar las complicaciones potenciales, informar de todos los datos anormales.
- Enumerar las cuestiones relacionadas con la salud presente y pasadas.
- Determinar las complicaciones relacionadas con la medicación.

Considerar las complicaciones relacionadas con los medicamentos

- ¿Efectos secundarios?
- ¿Sobredosis?
- ¿Interacciones con las medicinas?
- ¿Alergias o reacciones adversas?

IDENTIFICACION DE LOS PROBLEMAS QUE REQUIEREN CUIDADOS MULTIDISCIPLINARIOS

El cuidado multidisciplinario es, un enfoque de equipo que reúne profesionales médicos, enfermeros y otros profesionales del cuidado de la salud para trabajar con las personas y sus familias con el fin de dar un tratamiento experto y centrado en el receptor.

Equipo multidisciplinario significa ser sumamente consciente de que no se trabaja solo.

- Este capítulo se centra en el razonamiento diagnóstico, es decir, como analizar la información que se obtuvo durante la valoración para identificar problemas reales y potenciales.
- El término diagnóstico tiene implicaciones legales. Implica que hay un problema que necesita tratamiento calificado.
- Cuando se logra identificar el problema, se debe decidir si se acepta la responsabilidad de tratarlo. Si no se acepta, entonces se debe informar del problema al profesional calificado apropiado.
- Incluir a los receptores de los cuidados como miembros del equipo diagnóstico es clave para prevenir errores y detectar los problemas prioritarios.
- Dependiendo de las calificaciones de la enfermera y del entorno de su práctica esta puede llegar a tener un amplio rango de responsabilidades relacionadas con el diagnóstico, prevención y tratamiento de diversos problemas de salud.
- En el campo de los cuidados se ha pasado de un modelo DT (diagnosticar-tratar) a un modelo predictivo, o modelo PPGP. Con este último, como enfermero se deben de anticipar las complicaciones potenciales e interviene desde el principio.
- La vigilancia enfermera, una parte esencial del modelo PPGP, es crucial para prevenir el fracaso en los incidentes de rescate.
- La comprobación en el punto en que se brindan los cuidados y la gestión de la enfermedad y la discapacidad se están convirtiendo en funciones importantes de las enfermeras.
- Las personas por lo general presentan dos o más problemas relacionados, El primer paso es identificar el problema principal analizando las relaciones entre los problemas.

- La identificación de los problemas está incompleta hasta que se entiende lo que los causa o lo que contribuye a ellos.
- Desarrollar las habilidades de razonamiento diagnóstico requiere conocimientos experiencia y saber cómo dialogar sobre el proceso.
- Hacer el mapa conceptual de los diagnósticos y considerar todos los factores que contribuyen al diagnóstico es la clave para formular un plan minucioso de tratamiento.

Si tiene que redactar una formulación resumida para describir el diagnóstico al que se ha llegado, se deben usar los métodos PES

- (Problema, etiología, signos y síntomas) o el PFS (Problema, factores de riesgo o relacionados: signos y síntomas).
- Cuando se brindan cuidados multidisciplinarios, los planes terapéuticos se desarrollan en colaboración con distintos profesionales del cuidado de la salud, y los cuidados que se brindan son una responsabilidad compartida, La enfermera es responsable de informar de los problemas en los que es probable que para resolverlos se requiera algo más que la experiencia enfermera, iniciando un enfoque multidisciplinario. (Alfaro, 2014)

PLANIFICACION

Tener un plan documentado que este focalizado y actualizado marca la diferencia entre unos cuidados seguros y eficaces y otros peligrosos.

El razonamiento clínico durante el desarrollo de un plan de cuidados completo trata la planificación continua necesaria durante la ejecución, adquirir las habilidades necesarias para confeccionar un plan que cumpla con los estándares de la práctica que promueva el cuidado seguro y eficaz de la persona así como aclarar las

responsabilidades relacionadas con el registro de un plan de cuidados completo, incluyendo planes de cuidado estándares y electrónicos. (Alfaro, 2014)

Estándares de la ANA

- Identificar los resultados esperados del plan individualizado para el cuidado de la salud de la persona o el manejo de la situación.
- Planificación. desarrollar un plan que prescribe las estrategias y las alternativas para lograr los resultados esperados
- Coordinar los cuidados que se brindan.
- Educación y promoción a la salud, emplear estrategias para promover la salud y un entorno seguro.

LOS CUATRO PROPOSITOS PRINCIPALES DEL PLAN DE CUIDADOS.

1. Dirigir los cuidados y la documentación.
2. Promover la comunicación entre todas aquellas personas que brindan cuidados, facilitando así la continuidad de los mismos.
3. Crear un registro que se puede usar después con propósitos de evaluación, investigación y legales.

Elementos principales del plan de cuidados.

- Resultados esperados.
- Problemas reales o potenciales.
- Intervenciones específicas.
- Evaluación y notas de curso.

PLANIFICACIÓN

- Atender las prioridades urgentes

- Aclarar los objetivos a alcanzar (resultados)
- Decidir qué problemas deben registrar
- Determinar las intervenciones enfermeras personalizadas
- Asegurarse de que el plan se registra de manera adecuada.

PLANES ESTÁNDARES Y ELECTRÓNICOS

Los planes estándares y electrónicos son guías que, por lo general, pero no siempre totalmente, se aplican a las situaciones únicas de cada persona.

SEGURIDAD DEL RECEPTOR DE LOS CUIDADOS, PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y MANEJO DEL DOLOR Y LAS SUJECIONES FÍSICAS.

Los estándares relativos a cuestiones importantes, como la seguridad de la persona la prevención e infecciones y la gestión del dolor y de la sujeción física, se mejoran y actualizan, estos estándares ofrecen enfoques centrados y complejos para prevenir el sufrimiento innecesario de la persona, además de que ayudan a reducir los costos. Se debe asegurar que se incorporen estos estándares al plan de cuidados. (Alfaro, 2014)

ATENCIÓN A LAS PRIORIDADES URGENTES

Como enfermero la planificación comienza con la asignación de prioridades con la identificación de los objetivos.

- 1- Determinar los problemas urgentes antes de dedicar tiempo a identificar los objetivos.
- 2- Después de atendidas las prioridades urgentes, determinar los objetivos generales esperados, normalmente llamados objetivos para el alta.

ASIGNACION DE PRIORIDADES: Principios Básicos.

Escoger un método para la asignación de prioridades y aplicarlo de manera constante.

La pirámide de necesidades humanas de Maslow resulta especialmente útil para asignar prioridades,

Prioridad 1. Necesidades fisiológicas: problemas (o factores de riesgo) que constituyen un riesgo para la vida porque suponen una amenaza para las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2. Seguridad y protección; problemas o factores de riesgo que suponen una amenaza para la seguridad.

Prioridad 3. Amor y pertenencia; problemas o factores de riesgo que suponen una amenaza para sentirse amado o parte de algo.

Prioridad 4. Autoestima: problemas o factores de riesgo que suponen una amenaza para la autoestima.

Prioridad 5. Objetivos personales: problemas o factores de riesgo que suponen una amenaza para la capacidad de lograr objetivos personales.

Problemas que, por lo general, se presentan agrupados: para determinar prioridades principales.

Usar estrategias para asignar prioridades

- Preguntarse ¿Qué problema necesita atención inmediata y que podría ocurrir si espero para atenderlos?
- Identificar los problemas con soluciones sencillas e iniciar las acciones para resolverlos.
- Desarrollar una lista de problemas iniciales, identificando los problemas reales y potenciales, así como sus causas, si se conocen.

Aclarar desde el principio los objetivos a alcanzar, es decir, los resultados que se esperan obtener en cada persona, en particular después de que se han realizado las intervenciones ya que son la clave para la seguridad y eficiencia. (Alfaro, 2014)

METAS, OBJETIVOS, RESULTADOS E INDICADORES.

Los términos, metas y los objetivos se centran en lo que se intenta alcanzar. Los resultados y los indicadores se refieren a las respuestas específicas que indican el logro de un objetivo.

- Un plan de cuidados bien pensado es la clave para la seguridad y la eficiencia, y tiene cuatro propósitos principales 1) dirigir los cuidados y la documentación y 2) promover la comunicación y la continuidad de los cuidados 3) crear un registro que se pueda usar después con propósitos de evaluación, investigación y legales, y 4) proporcionar documentación sobre la necesidad de cuidados de la salud para propósitos del seguro.
- Tanto si se desarrolla un propio plan de cuidados como si se usa uno estándar, la enfermera es responsable de seguir las políticas y procedimientos para asegurar de que el plan esta individualizado.
- Recordar los cuatro elementos principales del plan de cuidados (objetivos, problemas reales, potenciales, intervenciones específicas; evaluación/ notas de curso)
- La planificación inicial implica atender las prioridades urgentes y luego determinar los resultados esperados de los cuidados. Los objetivos para los problemas exponen lo que se espera observar en la persona cuando se resuelvan o controlen los problemas. Si no se logran identificar claramente los beneficios que se esperan ver en la persona después de brindar los cuidados, entonces no se debe de intervenir.
- La enfermera es quien determina el éxito del LAN averiguando si la persona logro los objetivos identificados. Cuando se escriben los objetivos se deben emplear verbos que se puedan medir. Se deben identificar objetivos para los dominios afectivos, cognitivo o psicomotor.
- Los registros de las personas deben comunicar el conocimiento de las enfermeras de todas las principales prioridades de los cuidados y su respuesta a las mismas: es porque se tratan en otras partes del registro.

- Las intervenciones que se identifiquen deben individualizarse para cada persona y dirigirse a 1) detectar, prevenir, manejar los problemas de riesgo de salud 2) promover la función, la independencia y el sentido de bienestar óptimos, y 3) lograr los objetivos deseados de manera segura y eficiente.
- La práctica basada en evidencia requiere que se conozcan las fortalezas de la evidencia que sustenta el uso de intervenciones que se han elegido. (Alfaro, 2014)

EJECUCIÓN.

Estándares de la ANA

Planificación. Desarrollar un plan que prescriba las estrategias y las alternativas para lograr los resultados esperados.

Ejecutar el plan trazado: Coordinar los cuidados que se brindan, enseñanza y promoción de la salud:

Emplear estrategias para promover la salud y un entorno seguro.

Evaluación. Evaluar el progreso realizado para lograr los resultados.

Entrega y recepción de informes (de cambio de turno); cuándo y cómo delegar; aplicación de planes estándares e identificación de las variaciones en los cuidados y realización de intervenciones.

Principios para unos registros efectivos.

La ejecución se relaciona con la planificación y la evaluación por dos razones principales:

1. La planificación guía los cuidados durante la ejecución.
2. Mientras ejecuta los cuidados, comienza una primera evaluación, haciendo los cambios necesarios.

- Dar y recibir informes (de cambio de turno)
- Asignar prioridades diarias
- Delegar de manera apropiada
- Coordinar los cuidados
- Vigilancia(controlar las respuestas: prevenir los errores, omisiones y resultados adversos)
- Construir redes de seguridad
- Realizar las intervenciones
- Registrar de manera efectiva
- Mantener el plan actualizado
- Evaluar jornada laboral.

La ejecución representa un desafío porque ahí es donde está la acción con muchas variables dinámicas que afectan su desempeño. También requiere tener presente las cinco etapas del proceso enfermero mientras se piensa en la acción para tomar decisiones rápidas. Esto exige:

- Valorar a los receptores de los cuidados para asegurar de que su estado no ha cambiado y que las intervenciones todavía son apropiadas.
- Reconocer cuando han cambiado los problemas o situaciones.
- Planificar antes de actuar.
- Realizar las acciones enfermeras (intervenciones).
- Evaluar cuidadosamente las respuestas y revisar su enfoque según corresponda.

Recordar “valorar, volver a valorar, revisar y registrar”

DAR Y RECIBIR INFORMES (DE CAMBIO DE TURNO)

En la mayoría de los casos el día clínico comienza y termina con informes en el cambio de turno. También hay un cambio de informes siempre que los cuidados pasan de las manos de una enfermera a las de otra. A menudo, también se completan informes antes de llamar a los médicos para informarles de los signos y síntomas preocupantes. Estas herramientas sirven para tres propósitos:

1. Ayuda a organizarse.
2. Previene omitir información clave que se debe comunicar.
3. Promueve el dialogo y el pensamiento crítico entre el equipo de cuidados.

Guías: hacer informes (de cambio de turno)

- Seguir las políticas y procedimientos para hacer los informes.
- Ser específica.
- Si se hizo una inferencia, apoyarla con evidencias.
- Describir el estado de todas las vías invasivas, hacer hincapié en los hallazgos anormales.
- Pedir aclaraciones cuando se necesite.

Guía: asignación de prioridades para brindar cuidados a varias personas.

- Hacer una ronda inicial rápida para ver a los enfermeros, comprobando brevemente el panorama general de cómo se encuentran esto ayudará a identificar los problemas que requieren atención inmediata.
- Inmediatamente después del cambio de turno verificar la información crítica, como las perfusiones intravenosas, funcionamiento del equipo, esto ayudara a identificar las discrepancias entre lo que se ha oído y lo que pasa realmente.

- Realizar valoraciones rápidas e identificar problemas urgentes, atender problemas urgentes es una prioridad frente a tomarse el tiempo necesario para analizar todos los problemas de la persona. (Alfaro, 2014)
- Hacer una lista de los problemas principales de los enfermos.
- Decidir que puede hacer el receptor de los cuidados o las personas significativas por sí mismas, que puede delegar a otros y que debo hacer. (Alfaro, 2014)
- Elaborar una hoja de trabajo personal para las cosas que se han de hacer durante el día y consultarla con frecuencia.

CÓMO Y CUÁNDO DELEGAR

Delegar significa transferir a una persona competente la autoridad para realizar una tarea determinada en una situación concreta, a la vez que se conserva la responsabilidad de los resultados Cuando se deleguen los cuidados, comprobar personalmente los resultados. (Alfaro, 2014)

Mantener la seguridad de los enfermos durante la ejecución mediante la prevención de errores y omisiones y el desarrollo de redes de seguridad,

CÓMO IDENTIFICAR, INTERRUMPIR Y CORREGIR ERRORES.

Estrategias para la identificación de errores: conocimientos del receptor de los cuidados, conocimiento, del plan de cuidados, vigilancia, conocimiento de la política y los procedimientos. (Alfaro, 2014)

SE DEBE SER PROACTIVO; PROMOVER LA SEGURIDAD, EL CONFORT Y LA EFICIENCIA.

La preparación adecuada antes de llevar a cabo una intervención marca la diferencia entre brindar unos cuidados arriesgados y peligrosos, que supongan una carga para el personal de enfermería y para el receptor de los cuidados y otros seguros y eficaces que promuevan el confort y consigan los objetivos,

- Establecer las prioridades diarias, coordinación de los cuidados, vigilancia (control de las respuestas de las personas a las que se cuida), desarrollo de redes de seguridad, realización de intervenciones, registro eficaz, mantenimiento del plan actualizado y evaluación de la jornada.
- Las repuestas humanas son impredecibles, deben ser controladas minuciosamente, ser flexible y cambiar los enfoques según se necesite en el momento oportuno, registrar los cambios que se introdujeron en la historia clínica y en el plan de cuidados.
- Saber cómo comunicarse de manera eficaz y desarrollar relaciones positivas con los enfermos, los familiares y compañeros de trabajo son la clave para la ejecución.
- Una vez que el plan esté en práctica, hay que tener una mentalidad abierta y activa: Se debe valorar y volver a valorar, constantemente, tanto las respuestas de la persona como la propia actuación.
- Saber cómo delegar de manera eficaz es una competencia clave que se le pide a todas las enfermeras y que es importante.
- Registrar eficazmente es cuestión de práctica y experiencia, saber siempre las políticas y procedimientos para comunicar los cuidados.
- Los estándares de la actuación de la ANA incluyen la necesidad de evaluar la calidad y la eficacia de la práctica enfermera, Esto significa valorar la práctica enfermera en general y también la propia actuación en relación a los estándares profesionales de la práctica.

EVALUACIÓN

La importancia de realizar una evaluación continua, es decir valorar, y volver a valorar a las personas para controlar las respuestas iniciales a los cuidados durante la ejecución.

Evaluar el progreso realizado hacia el logro de resultados.

Determinar los logros de los resultados; identificar las variables que influyeron en el logro de resultados y consideraciones para dar de alta a la persona...

Mejorar la calidad, la investigación y práctica basada en la evidencia de errores, infecciones y heridas.

LA CLAVE PARA LA EXCELENCIA EN ENFERMERÍA

La evaluación, es decir, la valoración cuidadosa y deliberada de los diversos aspectos de las personas, es la clave para lograr la excelencia en enfermería.

Aunque la evaluación implica examinar lo que ocurrió durante todas las etapas del proceso enfermero, hay una relación importante entre la evaluación y la planificación.

EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUAL

Evaluar cómo ha funcionado un plan para una persona en particular implica lo siguiente:

- Determinar dónde se encuentra la persona en relación con el logro de objetivos.
- Identificar las variables (los factores) que influyeron en el logro de objetivos.
- Decidir si se da de alta a la persona, seguir el plan o cambiarlo.

Identificar las variables (los factores) que afectaron el logro de los objetivos significa decidir que influyó en la capacidad de la persona para obtener los resultados deseados. Esto requiere realizar una valoración profunda de la persona, analizar las notas

en curso implicando a la persona, familia, y el equipo de cuidados.

Consideraciones para dar de alta a la persona.

El paso final de la evaluación de cómo ha funcionado el plan de cuidados de una persona es decidir si dar de alta, continuar el plan como está o modificarlo para incorporar enfoques que tengan más probabilidad de éxito.

MEJORA EN LA CALIDAD

La mejora en la calidad se basa en la filosofía de que mejorar la calidad de los cuidados de salud es un proceso que no termina nunca.

LA INVESTIGACIÓN Y LA ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA

La práctica enfermera está basada en evidencia es decir pasar de los enfoques tradicionales, a enfoque basados en evidencia.

PRÁCTICA REFLEXIVA

Desarrollar una práctica reflexiva, esto es, convertir en un hábito el tomarse tiempo necesario para pensar en cómo las personas responden a los cuidados y que se podría hacer para mejorar.

La evaluación aporta la retroalimentación que se necesita para valorar la satisfacción de las personas a las que se cuida y maximizar el valor de los cuidados de la salud que se brindan.

Tres tipos de evaluación: resultados, proceso y estructura

Para asegurar un minucioso control de las prácticas de cuidados de la salud, los estudios de mejora de la calidad consideran tres tipos de evaluación:

1. Evaluación del resultado: estudia los resultados y objetivos de los cuidados.

2. Evaluación del proceso: analiza cómo se brindaron los cuidados.
3. Evaluación de la estructura: examina el entorno en el que tienen lugar los cuidados.

Responsabilidad de las enfermeras asistenciales.

Las enfermeras son las responsables de participar en la mejora de la calidad por lo general reuniendo datos y dando seguimiento a los resultados.

Tres maneras de prevenir errores.

La mayoría de los errores son el resultado de fallos básicos en la forma en que está organizado el sistema de salud, todos compartimos la responsabilidad de contribuir a la seguridad de las personas a las que cuidamos.

Prestar atención a las cosas que se estén haciendo que puedan provocar errores.

- La evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de los diversos aspectos de los cuidados de las personas es clave para la excelencia de la enfermería.
- En el contexto del proceso enfermero, la evaluación por lo general se refiere a determinar la eficacia de un plan de cuidados individual esto es ¿logro el receptor de los cuidados los objetivos de una manera eficaz y oportuna?
- En el contexto de la mejora de la calidad, la evaluación se refiere a los estudios continuados de personas para examinar la eficacia de las prácticas de cuidados.
- Estudios exhaustivos de mejora de la calidad evalúan los objetivos (resultados) el proceso (como se impartieron los cuidados) y la estructura (Yo soy el responsable de mejorar su propia capacidad de cuidar de las personas y de reconocer e informar de los problemas relacionados con otros departamentos, colaborar con mis colegas y otros interesados para identificar y desarrollar redes de seguridad que prevengan errores o los detecten a tiempo.

V. CASO CLINICO.

Se trata de paciente femenina de 26 años de edad la cual cursa con Embarazo normoevolutivo de 23 SDG por FUM la cual acude a control prenatal.

Antecedentes personales no patológicos.

Originaria y residente de Ecatepec Estado de México, Estado civil casada, Escolaridad licenciatura, Labora en empresa de recursos humanos religión católica. Habita casa rentada la cual cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, niega hacinamiento.

Toxicomanías: niega alcoholismo, tabaquismo desde hace 7 años a base de 4 cigarrillos al día suspendido en su totalidad desde hace 6 meses.

Hábitos Higiénicos Dietéticos:

Baño diario con agua y jabón con cambio de ropa interior y exterior, dieta es rica en carbohidratos toma litro y medio de agua al día, trabaja de forma esporádica solo cuando su empresa la solicita, camina por las tardes 5 calles de su colonia.

Aspectos Biopsicosociales.

Se refiere angustiada porque todo salga bien, ya que es su primer hijo y tiene temor a que su bebé tenga problemas de salud, como su sobrina con labio leporino y paladar hendido, por las noches no duerme bien pensando si su bebé tendrá el mismo padecimiento. Ella dormía en decúbito ventral y ahora le cuesta mucho trabajo dormir en decúbito dorsal, su esposo le lleva todas las noches algo para cenar de la vía pública y ella no se puede negar pues le enfatiza que tiene que comer por dos.

La relación con el esposo es mala pues siempre está muy ocupado, nunca la ha acompañado a control prenatal y le pidió le ayude con ejercicios para formar el pezón y él bebe no tenga problemas cuando sea alimentado al seno materno, sin embargo el marido se negó a ayudarle y le dice que no se preocupe por eso porque al bebe le

darán fórmula láctea con biberón esa situación le genera estrés constante porque no se siente apoyada por su pareja y le gustaría que fuera más participativo y cooperador con su salud.

Antecedentes Heredofamiliares:

Abuela Materna portadora de DMT2, Abuelo Paterno finado por Infarto Agudo al Miocardio.

Antecedentes Personales Patológicos. Padece Varicela a los 6 años como enfermedad propia de la infancia, niega transfusiones, alérgicos.

Antecedentes Ginecobstétricos: Menarca a los 12 años siguiendo un ritmo de 28x5, IVSA 16 años 3 parejas sexual, G 0, P 0, A 0, C 0 FUM: 17/10/2015 FPP: 24/07/16. MPF: hormonal oral hasta hace 7 meses. DOC negativo hace 1 año.

Exploración Física:

Somatometría. Peso al inicio del embarazo 64 kg.

Talla 1.60, peso a las 23 SDG 76 kg.

Signos Vitales: T/A 100/60 mm/hg, FC 90x', FR 19x', T 36.5,

Percibe movimientos fetales, niega datos de vasoespasmo, niega pérdidas transvaginales. Paciente orientada, neurológicamente íntegra, con buena coloración así como estado hídrico, cuello cilíndrico simétrico, área cardíaca ruidos rítmicos de buena intensidad y tono sin agregados, pulmonar con adecuada entrada y salida de aire, mamas turgentes simétricas pezones invertidos en su totalidad sin secreción a través de los mismos, abdomen globoso a expensas de útero gestante con FU 30 cm, producto único vivo situación libre, dorso a la derecha, FCF con pinard 130x', genitales externos con características normales, región vulvar sin datos de leucorrea, tacto vaginal diferido, miembros inferiores íntegros simétricos sin compromiso neurovascular, ROTS respuesta normal, no edema, llenado capilar inmediato resto sin alteraciones.

14/04/16 Estudios de Laboratorio: glucosa 83 mg/dl, hg 13.8, hto 41.2, plaquetas 243 mil, leucos 6.7, ego pH 6.0 densidad I015 leucos 15,000 mil x campo, células epiteliales +++. Proteinuria negativo, Exudado vaginal flora normal, VDRL negativo, Grupo 0 factor Rh positivo.

IDX. Primigesta Embarazo de 23 SDG X FUM / Infección Vías Urinarias.

5.1. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Análisis de valoración		INSATISFECHAS		GRADO DE DEPENDENCIA	
NECESIDAD	SATISFECHA	REALES	POTENCIALES	TOTALMENTE DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE
1- Oxigenación	X				
2- Nutrición e hidratación		X			X
3- Eliminación		X			X
4- Moverse manteniendo posición adecuada		X			X
5- Sueño y descanso		X			X
6- vestido	X				
7- Termorregulación	X				
8- Higiene	X				
9- Evitar peligros			X		X
10-Comunicación	X				
11-Vivir sus creencias valores	X				
12-Trabajar y realización	X				
13-Recreación	X				
14-Aprendizaje	X				

5.2. PLAN DE CUIDADOS.

Dx. De enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria R/C proliferación microbiana en tracto urinario M/P laboratorio con leucocitos 25.000 por campo y con células epiteliales +++.

Objetivo: Orientar y fomentar hábitos con la finalidad de reducir o eliminar proliferación microbiana, evitar complicación e identificar sintomatología de riesgo.

Planeación	Fundamentación científica
Realizar interrogatorio a la embarazada sobre el conocimiento de síntomas de infección en vías urinarias.	La falta de conocimiento en las pacientes embarazadas en lo que respecta a identificar signos y síntomas de alarma de infección en vías urinarias, así como la consecuencia de estas enfermedades en el embarazo es condicionante de un parto pretérmino por lo que es de suma importancia que las pacientes adquieran el conocimiento.
Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.	Las infecciones del tracto urinario son comunes durante el embarazo. los síntomas son disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, escalofríos y fiebre y probable cólico renal
Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.	Durante el embarazo, hasta el 90% de las mujeres desarrollan dilatación del sistema colector (ureteros y pelvis renal) y disminución del peristaltismo de los ureteros y vejiga, hechos que facilitan la colonización bacteriana debido a la estasis urinaria
Se orienta a la paciente técnicas de autocuidado enfocado en el apego terapéutico con la toma de medicamentos en tiempo y	La toma de medicamentos en específico antibióticos requiere que el nivel basal de medicamento en biotransformación sea puntual para evitar resistencia bacteriana y mejorar el pronóstico de la sintomatología y patología que tiene como objeto combatir.

forma.	
Se recomienda el consumo de abundantes líquidos (agua natural),	<p>La ingesta de agua ayuda a la eliminación de toxinas y facilita la limpieza de los uréteres.</p> <p>Las recomendaciones de acuerdo a las guías de nutrición en el adulto sugieren que el requerimiento hídrico es equivalente a 30ml * kg de peso.</p>
Consumo de cítricos (naranja, toronja, limón)	Esto ayudara a modificar el pH de la orina favoreciendo la eliminación de bacterias existentes.
No consumir bebidas azucaradas y gasificadas.	El consumo de estas bebidas hace que incremente en la micción restos de glucosa lo que ocasiona que las bacterias se multipliquen.
Orientar acerca de aseo perineal correcto.	<p>El agente patógeno causal del 70-80% de las bacteriurias asintomáticas (BA) e infecciones del tracto inferior bajo en mujeres embarazadas es Escherichia Coli, menos frecuente es aislamiento de Klebisella Sp. Proteus V.</p> <p>La limpieza de genitales de atrás hacia adelante después de evacuar ocasiona arrastre de restos de heces hacia vagina y meato urinario.</p> <p>Es importante recalcar que la limpieza de la micción debe ser de adelante hacia atrás, para evitar que por medio de arrastre se disemine flora bacteriana de la región anal y se reproduzca en la uretra.</p>
Informar a la paciente sobre la importancia de acudir a seguimiento en caso de síntomas de infección de tracto urinario, además de realizar sus estudios de seguimiento.	La buena práctica establece que dentro de la semana 32 a la 34 de gestación se requiere realizar un EGO.
Enseñar a la paciente a	

<p>obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de reaparición de los síntomas y signos de infección o en el caso de que su médico lo solicite.</p>	<p>Se recomienda realizar la toma adecuada de la muestra, que consiste en coleccionar el chorro medio de la orina, previo aseo.</p> <p>Con la finalidad de no contaminar la muestra con microbiota de los genitales externos, realizando las medidas de seguridad que aseguran que la muestra sea de buena calidad.</p> <p>Así como evitar concentración de orina tomando el primer chorro de orina por lo que se instruirá al paciente en la recolección del chorro de orina a la mitad de la micción.</p>
<p>Uso de ropa interior de algodón.</p>	<p>El algodón por ser un material natural y orgánico facilita la ventilación y transpiración natural de la piel evitando modificaciones del PH, el nylon por consiguiente hace susceptible la vagina a contraer infección por la falta de ventilación y el aumento de sudoración en el área uretral y vaginal favoreciendo la humedad y el calor creando un ambiente propicio para la proliferación bacteriana.</p>
<p>Fomentar el vaciamiento completo de la vejiga en forma frecuente y después de tener relaciones sexuales.</p>	<p>El crecimiento del útero reduce el tamaño de la vejiga lo que ocasiona micciones frecuentes, el no realizar el vaciamiento frecuente de la vejiga incrementa la proliferación bacteriana.</p>
<p>Continuar y mantener los cuidados</p>	<p>La infección de tracto urinario se ve acompañada con frecuencia de amenaza de parto prematuro, por lo que es importante concientizar a la embarazada sobre la importancia de mantener los cuidados descritos.</p>
<p>Facilitar el aprendizaje</p>	<p>Promover la salud significa, básicamente, capacitar a las personas para que puedan aumentar el control sobre su</p>

	<p>salud y mejorarla.</p> <p>Promover la salud como un valor fundamental y un recurso básico para el desarrollo personal y social. Estimular la adquisición de actitudes y hábitos de conducta saludables. Eliminar o reducir al máximo aquellos comportamientos que conllevan un riesgo para la salud</p>
<p>Ejecución: Fue necesario en primera instancia crear un vínculo enfermero - paciente para que se lleve a cabo el plan de cuidados, alcanzar un nivel de confianza y credibilidad.</p> <p>Enseñar cada una de las actividades que se planteó hacia la paciente.</p> <p>Realizar un nuevo examen general de orina al término del tratamiento farmacológico y ya implementado el plan de cuidados.</p>	
<p>Evaluación: Se eliminó la IVU ya que al repetir los laboratorios se reportaron con leucocitos de 8 a 10 por campo, además que la paciente se refirió asintomática.</p>	

Dx. De enfermería: desequilibrio nutricional R/C ingesta superior a las necesarias
M/P peso corporal superior (76kg).

Objetivo: orientar sobre buenos hábitos alimenticios para alcanzar su peso óptimo según SDG

Planeación.	Fundamentación científica.
Asesoramiento nutricional	La asesoría nutricional se refiere a las recomendaciones sobre la cantidad y calidad de los alimentos que debe ingerir en la dieta, higiene, horarios aspectos culturales y otras características de los alimentos para que la embarazada conozca cuales son los principales alimentos que debe evitar o consumir con el propósito de mejorar su estado nutricional.
Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos.	Se recomienda una dieta equilibrada y rica en nutrientes, junto con el ejercicio ya que es la base para un embarazo saludable. Para la mayoría de las mujeres embarazadas, la cantidad adecuada de calorías es la siguiente: 1,800 calorías por día en el primer trimestre 2,200 calorías por día en el segundo trimestre 2,400 calorías por día en el tercer trimestre. Solo en casos especiales de sobrepeso y diabetes gestacional la recomendación es de 1800 calorías.

	<p>En mujeres que planifican su embarazo, se recomienda una ingesta diaria de un suplemento de hierro (60 mg de hierro elemental) más ácido fólico 400 µg, al menos tres meses antes de embarazarse y durante el embarazo, ya que se pueden prevenir DTN y otros problemas como anencefalia o espina bífida, mielomeningocele y encefalocele. La revisión de estudios determina que los suplementos de ácido fólico reducen el riesgo de desarrollo DTN en un 72% y disminuyen la anemia megaloblástica en un 79%.</p> <p>Durante el embarazo, la madre debe consumir una adecuada cantidad de proteína para satisfacer sus necesidades y las del crecimiento del feto, en esta etapa se requieren adicionar 10 g de proteína a la alimentación habitual.</p>
<p>Ayudar a la paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas.</p>	<p>Permite calcular el número de kcal que consume en el día para poder compararlo con el aporte calórico que requiere.</p>
<p>Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, con pocas calorías y grasas, según corresponda.</p> <p>Alimentación en quintos tres comidas dos colaciones.</p>	<p>Se recomienda 2 colaciones ya que previene hipoglicemias lo que reduce la ingesta excesiva al momento de ingerir alimentos que puede provocar hiperglicemias por como fisiológicamente se afecta el metabolismo de los carbohidratos en el embarazo.</p>

<p>Animar a la paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres y huevos</p>	
<p>Ingesta baja de carbohidratos</p>	<p>Los carbohidratos en exceso ocasionan el incremento de peso es importante explicar la intolerancia que presenta en el embarazo ante los carbohidratos posterior a la semana 20 de embarazo, por lo que es importante instruir a la paciente sobre la importancia de acudir al control prenatal y realizar cada estudio de laboratorio recomendado.</p>
<p>Incrementó de frutas y verduras altas en fibra</p>	<p>La fibra ayuda a la digestión reduciendo el riesgo de sufrir de estreñimiento por la compresión de intestinos a consecuencia del incremento del útero gestante.</p>
<p>Fomentar caminata de 30 minutos después de comer.</p>	<p>La acción de caminar ayuda a incrementar perístasis favoreciendo la digestión y ayuda quemar calorías.</p> <p>El ejercicio que incrementa la masa muscular favorece el control glucémico incrementando la sensibilidad a la insulina. Como resultado la glucosa en ayuno y postprandial pueden reducirse.</p> <p>Reduciendo el riesgo de diabetes gestacional.</p>
<p>Ejecución: se realizó el plan de cuidados.</p>	
<p>Evaluación: los resultados del plan de cuidados fueron exitosos ya que después de un mes se notó reducción de 3 kg de peso.</p>	

Dx, De enfermería: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C
 Tabaquismo

Objetivo: Orientar y concientizar sobre los efectos del tabaquismo durante el embarazo, las consecuencias al producto de la gesta y los beneficios que tiene dejar de fumar en la salud propia.

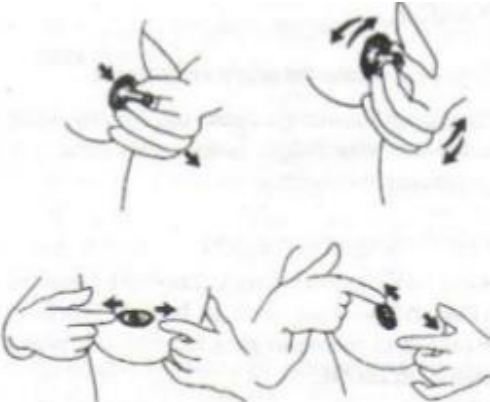
Planeación	Fundamentación científica
Orientar sobre el daño que causa el tabaco.	Causa daños irreversibles en boca, estómago y pulmones siendo más susceptible a tener enfermedades como EPOC y tiende a elevar la tensión arterial (TA).
Dar a conocer que fumar en el embarazo tiene consecuencias en el producto.	Ocasiona bajo peso al nacer, puede tener problemas respiratorios y contraer alergias más fácilmente, y sufrir de hipoxia al mismo tiempo que está fumando, se ha relacionado con Prematurez, cáncer infantil.
Comentar sobre el beneficio que tiene dejar de fumar de forma permanente.	Normaliza la (TA), reduce el riesgo de contraer infartos, previene mutaciones de ovocitos, así como probable infertilidad tanto primaria y secundaria y es un gasto económico incensario.
Ejecución: Se realizó un tríptico y una plática sobre la concientización de los efectos del tabaco en el embarazo y en un futuro.	
Evaluación: No se llevó acabo la evaluación ya que se tendría que hacer después de los 6 meses de lactancia materna recomendada por la OMS.	

Dx. Riesgo de lactancia materna ineficaz R/C pezón retraído

Objetivo: Que la paciente adquiriera el conocimiento de las técnicas adecuadas para la formación de pezón para favorecer la lactancia materna eficaz.

Planeación	Fundamentación científica
<p>La enfermera valorara los conocimientos de la paciente sobre la preparación de las mamas para la lactancia materna.</p>	<p>La mayoría de las mujeres no son conscientes de la necesidad de preparar los pezones para la succión durante la lactancia.</p>
<p>Examinar el tipo de sujetadores que usa la paciente, de acuerdo a esto será importante sugerir la utilización del sujetador adecuado de soporte.</p>	<p>El sugerir el uso de sujetadores de soporte para amamantar en el último periodo del embarazo ayuda a reducir los gastos de la nueva etapa y es necesario el uso de sujetadores especiales para amamantar para proporcionar confort y fácil adaptación a la etapa de lactancia.</p> <p>El sostén debe adecuarse al tamaño de los pechos. No se recomienda que los presionen demasiado sobre todo en el contorno de la mama o hacia la axila. La ropa en general debe ser cómoda, liviana, fácil de poner y sacar, que no dificulte los movimientos.</p>
<p>Es importante proporcionar conocimientos acerca de la limpieza de los pezones.</p>	<p>Es de vital importancia para la prevención de enfermedades en el recién nacido por una limpieza inadecuada, así como cuidado principal hacia la salud por parte de la madre limpiar con un paño limpio y agua hervida los pezones, así como mantener una lubricación en ellos adecuada con la finalidad de asegurar una lactancia materna eficaz.</p> <p>Para el cuidado del pezón se puede recordar</p>

	<p>siguiente nemotecnia: “ALAS”</p> <p>Aire: Es importante airear los pezones para fortalecer delicada piel que los recubre.</p> <p>Lubricación: Para mantener la lubricación del pezón y de la areola durante el embarazo y luego de cada toma se puede utilizar una gota del propio calostro, aceites naturales como el de almendras dulces, o crema de caléndula.</p> <p>Agua: Algunos elementos de aseo como lociones o jabones, en el pezón, pueden interferir en su lubricación y producir molestias (resequedad de la piel). Por eso no es conveniente lavar los pezones con jabón, sino simplemente con agua.</p> <p>No es recomendable utilizar esponjas, cepillos u otro tipo de elementos abrasivos que quiten esta grasa protectora.</p> <p>Sol: Exponer los pezones al sol, empezando con una toma de cinco minutos diarios ayuda a fortalecer y favorecer la elasticidad de la piel. Es importante que la exposición sea directa (no a través de un vidrio) y que se realice en los horarios de máxima protección y seguridad.</p>
<p>Enseñar a hacer ejercicios de Hoffman</p>	<p>Siguiendo estos ejercicios se le da forma al pezón para tener una lactancia materna eficaz</p>

	 <p>1- Se realiza poniendo un dedo a cada lado del pezón estirando la aréola hacia fuera, se rota en sucesivos movimientos hasta cubrir los 360°.</p> <p>2.- Lubricando el índice y pulgar con una gota de calostro o aceite común, sujetar la base del pezón rotando los dedos como dando cuerda a un reloj.</p> <p>3.- El masaje se completa estirando el pezón y traccionando hacia fuera.</p>
<p>Establecer con la paciente el conocimiento de los ejercicios de Hoffman y la importancia de llevar un registro de cuando los realiza.</p>	<p>Como parte de la educación a la salud es importante mencionar que es pertinente realizar los ejercicios desde que se detecta la alteración anatómica hasta el momento del parto sin embargo a partir de la 32 sdg se sugiere que se realicen dos veces al día únicamente para evitar estimulación uterina y desencadenar un parto prematuro por estimulación del eje hipotálamo-hipofisario. (Prolactina – oxitocina).</p>

Otro método de formar el pezón es con una jeringa improvisada



Ejecución: Se enseñó la técnica para la realización de ejercicios, se explica la importancia de la formación del pezón así como cuidados básico para una futura lactancia materna eficaz.

Evaluación: Se logró que KDVR conozca, realice y aprenda los ejercicios para poder ejercer la lactancia materna a futuro

Dx, De enfermería: Insomnio R/C temor (a LPH antecedente familiar) M/P alteración del patrón del sueño

Objetivo: Dar orientación sobre padecimiento de labio y paladar hendido (LPH) con el fin de eliminar el temor y pueda descansar de forma adecuada.

Planeación	Fundamentación científica
<ul style="list-style-type: none"> - LPH es un defecto congénito Ocorre cuando el labio superior y el paladar no se desarrollan correctamente. Esto sucede en los primeros meses de embarazo. 	<p>Es un defecto congénito mas no un padecimiento heredofamiliar el cual se puede prevenir tomando ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ingerir ácido fólico 3 meses antes de su próxima gestación ayuda a reducir el riesgo tener LPH 	<p>El ácido fólico ayuda al desarrollo normal del tubo neural favoreciendo la neurulación que terminará formando el sistema nervioso central médula espinal y el encéfalo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Manejo ambiental y confort. - Técnicas de respiración - Recomendar posición cómoda 	<p>Un ambiente en óptimas condiciones favorece la disposición para conciliar el sueño (luz tenue, eliminación de ruidos, ropa adecuada.)</p> <p>Las técnicas de respiración favorecen la oxigenación y relajación de músculos de abdomen y tórax.</p> <p>Dormir en posición decúbito dorsal para izquierdo favorecer la circulación del feto.</p>
<p>Ejecución: se realizó la orientación, más no la ingesta de ácido fólico ya que su prevalencia es en el primer trimestre del embarazo.</p>	
<p>Evaluación: al principio se mostró una negativa sin embargo al explicarle que no es una padecimiento hereditario fue mostrando mayor comprensión.</p>	

ANEXOS

Las mujeres con exceso de peso durante el embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus (DM) tipo II, y sus descendientes son más propensos a presentar sobrepeso u obesidad durante la infancia. Las mujeres embarazadas necesitan ser asesoradas sobre el aumento de peso adecuado y la forma de lograrlo.

La deficiencia de micronutrientes afecta al crecimiento intrauterino, que repercute en el retardo en talla, el desarrollo cognitivo del niño, el cual está determinado por condiciones sociales y económicas como la pobreza de la madre, la malnutrición materna abarca tanto la desnutrición como el sobrepeso, los cuales son problemas globales con consecuencias importantes para la supervivencia de la madre y del niño, e inciden en la presencia de enfermedades agudas y crónicas, afectando el desarrollo saludable y la productividad económica de los individuos y de las sociedades.

Los objetivos de una adecuada nutrición en la mujer durante el período preconcepcional y en el embarazo son:

1. Promover la ganancia adecuada de peso
2. Prevenir deficiencias nutricionales
3. Reducir el riesgo de anomalías congénitas
4. Promover un adecuado crecimiento y desarrollo fetal
5. Reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles

El desafío de los profesionales de la salud es contribuir a establecer prácticas de vida saludable con relación a la alimentación y actividad física, lograr la adherencia a la toma diaria de hierro más ácido fólico, garantizando que se cumplan los requerimientos nutricionales de la madre y del niño; además de la prevención a la exposición a sustancias tóxicas durante todo el ciclo vital y en forma prioritaria durante el embarazo y lactancia, período de máxima vulnerabilidad.

Aspectos generales que se deben tomar en cuenta durante el embarazo

1. Ganancia de peso saludable
2. Importancia de los nutrientes (folato, calcio, vitamina D, hierro, ácidos grasos omega 3)
3. Limitar o evitar el consumo de alcohol, cafeína y algunos edulcorantes artificiales
4. Contaminación de alimentos
5. Actividad física
6. Problemas concernientes a náusea, acidez, estreñimiento y diabetes mellitus

Gestacional

Plato del buen comer

Mientras que la alimentación es la elección, preparación y consumo de alimentos, lo cual tiene mucha relación con el entorno, las tradiciones, la economía y el lugar en donde vives.

La alimentación saludable cumple con necesidades nutricionales que necesita el cuerpo, para mantener una buena salud. Además, comer sano te protege de sufrir enfermedades como obesidad, azúcar en la sangre y presión alta.

Por el contrario, un alimento "no saludable" aporta poco valor nutricional y tiene muchas calorías pues usualmente son ricos en grasas y azúcares.



En que consiste comer sanamente

Completa: incluye productos de todos los 3 grupos de alimentos, al combinarlos te aportarán los nutrientes necesarios.

Equilibrada: toma cantidades apropiadas de alimentos, pero sin excesos.

Suficiente: intenta que cubra las necesidades del organismo para asegurar sus funciones vitales y permita mantener un peso corporal adecuado.

Variada: la combinación de diferentes alimentos te proporcionará los aportes de vitaminas y minerales que tu organismo necesita.

Adecuada para cada individuo: adapta tu dieta a tus necesidades (edad, sexo, actividad, historia clínica, constitución corporal, hábitos alimentarios, época del año y gusto).

- **verde:** Verduras y frutas. Por ejemplo: acelgas, verdolagas, espinacas, brócoli, chayote, jitomate, hongos, zanahoria, pepino, lechuga; frutas como guayaba, melón, mandarina, plátano, manzana, papaya, uvas; entre otros.
- **Amarillo:** Cereales y tubérculos. Como: maíz, trigo, avena, cebada, amaranto, arroz, tortillas, pan integral, pastas; tubérculos como papa, camote, yuca, etc.

- **Rojo:** Leguminosas y alimentos de origen animal: frijol, haba, lenteja, alubia, soya texturizada; alimentos de origen animal como leche, queso, huevo, pescado, mariscos, pollo, carnes embutidos, etc.

Como medir una porción

Frutas y verduras: en fruta equivale al puño de tu mano, es decir, 2 o 3 frutas al día; así como de 3 a 5 porciones de verdura (una porción de verdura cruda es una taza y si está cocida es $\frac{1}{2}$ taza).

Cereales: Para el arroz, cereal y pastas, una porción corresponde a $\frac{1}{2}$ taza medidora; para alimentos como pan de caja o tortilla es una pieza; y $\frac{1}{2}$ pieza para papa, bolillo o telera (pero sin el migajón). La porción para galletas simples como las marías, habaneras o palitos de pan, es de 5 piezas. Recuerda que en el desayuno y en la cena, no debes comer más de dos porciones por día mientras que para la comida, son sólo cuatro porciones.

Alimentos de origen animal: Una porción equivale a la palma de tu mano en filetes de pescado, pechugas de pollo aplanadas o bistecs. Si se trata de pieza de pollo, es una pieza chica, pero sin piel. Para las carnes frías, se entiende por porción dos rebanadas delgadas de jamón o pechuga de pavo. Para el huevo la porción es una pieza o dos claras. Para la leche y el yogur una porción es igual a una taza.

Leguminosas: Una porción de leguminosas es $\frac{1}{2}$ taza de frijoles, garbanzos, lentejas, habas, entre otros. En cada ocasión, no debes consumir más de una taza de un tipo de leguminosas.

Grasas: Las grasas recomendadas son las oleaginosas (semillas o frutos de vegetales) como son: nueces, pistaches, almendras, cacahuates o avellanas; inclúyelas como complemento para tus alimentos sin pasarte de un puño. Recuerda evitar al máximo las grasas animales como crema, manteca o mantequilla. Los aceites úsalos en pequeñas porciones para preparar o aderezar tus alimentos.

GLOSARIO.

Adulto joven: Periodo de edad persona comprendida entre los 20 y 40 años de vida

Atención: Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien

Ciencia: Estudio de la realidad que busca explicaciones por las causas últimas.

Cuidado: Denominación genérica de las medidas de atención al paciente.

Decúbito dorsal: El que se realiza descansando sobre un costado (derecho o izquierdo).

Decúbito ventral: Posición anatómica mejor conocida como boca abajo.

Diabetes mellitus (DMT2): La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Ejercicios de Hoffman: Son ejercicios indicados para pezones planos e invertidos.

Enfermedad: Alteración patológica de uno o varios órganos, que da lugar a un conjunto de síntomas característicos.

Enfermería: Profesión sanitaria cuya finalidad es el cuidado del enfermo en estrecha colaboración con el médico y otros servicios auxiliares

Filosofía: Conjunto de reflexiones sobre la esencia, las propiedades, las causas y los efectos de las cosas naturales, especialmente sobre el hombre y el universo.

FUM: Fecha de última regla.

Gravidez: Estado de embarazo.

Higiene: Limpieza o aseo para conservar la salud o prevenir enfermedades.

Historia clínica: Conjunto de documentación que recoge el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, opiniones de los médicos, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente. Contiene elementos objetivos (como los resultados de los análisis y pruebas o la descripción de una intervención quirúrgica), de los que el paciente puede solicitar copia para obtener una segunda opinión (v.), cambiar de médico, etc.

Holístico: Visión del hombre como un todo, compuesto de facetas físicas, psíquicas y espirituales. Es de suma importancia a la hora de iniciar una acción diagnóstica o terapéutica.

Individuo: Persona considera independientemente de las de más

IVSA: Inicio de vida sexual activa.

Lactancia: Secreción de leche por las glándulas mamarias, que ocurre fisiológicamente en el periodo posparto para alimentación del neonato.

Maternidad: Estado de la mujer que consigue tener hijos, aunque se refiere también al tiempo del embarazo y al de después del parto Vínculo biológico, psicológico y espiritual de una madre con su hijo.

Monarca: Fecha en la que la mujer tiene la primera menstruación de su vida.

Metaparadigma: 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.

Proceso: Conjunto de fases sucesivas de un fenómeno o hecho complejo.

Profesión: Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.

ROTS: Reflejos hosteo-tendinosos

Salud: Estado corporal y psíquico que permite desarrollar las actividades diarias. Dado que la vida cotidiana de cada persona tiene unas exigencias distintas de tipo físico, el estado de la salud depende de la forma de vida de la persona. El médico no puede aplicar tratamientos de modo normalizado basándose solamente en las lesiones que observa, sino que debe hacerlo tomando como base el tipo de vida que lleva el paciente, que ha de conocer por medio del diálogo con él. Así, aunque padezcan la misma enfermedad, los distintos pacientes exigen distinta intensidad de tratamiento o alivio, dependiendo de sus características peculiares.

SDG: Semanas de gestación.

Teoría: Una teoría es un sistema lógico-deductivo constituido por un conjunto de hipótesis, un campo de aplicación (de lo que trata la teoría, el conjunto de cosas que explica) y algunas reglas que permitan extraer consecuencias de las hipótesis de la teoría. En general las teorías sirven para confeccionar modelos científicos que interpreten un conjunto amplio de observaciones, en función de los axiomas o principios, supuestos y postulados, de la teoría.

Termorregulación: Proceso por el cual el calor central debe mantenerse entre límites muy próximos; esto se consigue mediante los centros termorreguladores hipotalámicos y espinales. El hipotálamo anterior regula los mecanismos de pérdida de calor (vasodilatación periférica y sudoración) y el hipotálamo posterior aquellos que producen calor (activación del metabolismo, vasoconstricción periférica y disminución de la transpiración). Estos centros termorreguladores reaccionan ante los cambios de temperatura de la sangre y de la piel, en este caso a través de la información que reciben por la vía térmica espinohipotalámica. Los centros termorreguladores pueden ser estimulados por toxinas, sustancias absorbidas en quemaduras, heridas, etc., que dan lugar a la aparición de fiebre.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alfaro, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero*. México: Wolters Kluwer.
- Alfaro, R. (2014). *Aplicación del proceso enfermero*. Barcelona España: wolters Kluwer.
- Burgos, M. e. (2003). *Enfermería como profesión*. Chile: Universidad de Chile.
- Collier, M. (2009). *promover la vida 2da Ed*. Francia: Mc Graw Hill.
- Mariner, A. (2002.). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid España.: Elsevier Mosby.
- Marriner, A. (1983). *El proceso de atención enfermería* . El mnual Moderno.

- Aguilar Victoria, Mendoza Robles. El proceso de atención de enfermería, uso de lenguaje NANDA; NIC; NOC. Modelos diferenciales. 3ª Ed. España: Doyma 1996.
- Collier Marie F. Promover la vida. 2ª ed. México: McGraw-Hill: 2009.
- Cutcliffe J. Fundamentos de enfermería: Aplicación de la práctica. México: Manual Moderno 2011.
- Rosales Barrera S. Fundamentos de enfermería. México. Manual Moderno.1999
- Marriner Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. Ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999
- Hall L. El proceso de enfermería. (Sede web).acceso el 13 de septiembre de 2016. Disponible en <https://elprocesodeenfermeria.wordpress.com/tag/lydia-hall/>
- Mirones López M., González Maestro M. Plan de cuidados estandarizado durante la fase de dilatación del parto normal. (sede web). 2014 revisada el 28

de agosto del 2016 disponible en <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/22/21>

- “Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto urinario Bajo Durante el Embarazo, en un primer Nivel de Atención”, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; Actualización Septiembre 2010. (sede web). Revisada el 01 de octubre 2016 disponible en. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/078GER.pdf>.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención para la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Ministerio de Salud Pública. Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia. Guía de Práctica Clínica (GPC). Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>