

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

Proceso Atención de Enfermería

**Estudio de caso aplicado a una mujer con un embarazo
De 37 semanas de gestación con alteración en la necesidad
de termorregulación**

**Que para obtener el título de:
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Presenta.

Soraida Miriam Solís Salgado.

Núm. de cuenta: 406117762.



LEO. Angelina Rivera Montiel

Asesora

México

Junio 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A dios:

Por todas y cada una de las bendiciones que me ha dado en la vida a lo largo de toda mi vida gracias dios:

A mis hermanos:

Miguel Ángel y José Manuel Solís Salgado.

Por su gran apoyo incondicional moral y económico

A mi esposo:

Pablo Rodríguez Venosa:

Por ser mí más fiel compañero por este camino de la vida sin pedir nada a cambio. Gracias por acompañarme a lograr una meta más en mi vida.

A mis hijos:

Neftalí, Saron, Betzaida, Aram.

Ellos son los que me impulsan a seguir superándome gracias hijos por apoyo y comprensión.

A mi jurado:

Mtra.: Angelina Rivera Montiel.

Gracias por impartirme sus conocimientos, y su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS.

A dios:

Por todas y cada una de las bendiciones que me ha dado en la vida a lo largo de toda mi vida gracias dios:

A mis hermanos:

Miguel Ángel y José Manuel Solís Salgado.

Por su gran apoyo incondicional moral y económico

A mi esposo:

Pablo Rodríguez Venosa:

Por ser mí más fiel compañero por este camino de la vida sin pedir nada a cambio. Gracias por acompañarme a lograr una meta más en mi vida.

A mis hijos:

Neftalí, Saron, Betzaida, Aram.

Ellos son los que me impulsan a seguir superándome gracias hijos por apoyo y comprensión.

A mi jurado:

Mtra.: Angelina Rivera Montiel.

Gracias por impartirme sus conocimientos, y su apoyo incondicional.

INDICE

I	INTRODUCCION_____	1
II	OBJETIVO_____	2
III	MARCO DE REFERENCIA_____	3
3.1	Enfermería_____	
3.1.1	Concepto de enfermería_____	
3.1.2	Antecedentes históricos de la enfermería_____	4
3.2.3	Núcleos conceptuales de Enfermería_____	7
3.2.3.1	Metaparadigmas_____	
3.2.3.2	Persona, Entorno, Salud, Enfermería_____	8
3.3	CUIDADO_____	10
3.3.1	Concepto de cuidado_____	
3.3.2	Componentes del cuidado_____	
3.3.3	Tipos de cuidado_____	
3.3.4	Tecnologías del cuidado_____	11
3.4	PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA_____	14
3.4.1	Concepto_____	
3.4.2	Características del proceso atención de enfermería_____	
3.4.3	Etapas del proceso atención de enfermería_____	17
3.4.3.1	Valoración_____	
3.4.3.2	Diagnostico_____	26
3.4.3.3	Planeación_____	30
3.4.3.4	Ejecución_____	32
3.4.3.5	Evaluación_____	
3.5	VIRGINIA HENDERSON_____	33
3.5.1	Antecedentes de formación_____	
3.5.2	Principales conceptos_____	37
3.5.3	La persona y las 14 necesidades básicas_____	39
3.6.	RUPTURA DE MEMBRANAS AMNIÓTICAS_____	40
3.6.1	Etiología_____	41
3.6.2	Tratamiento_____	43
IV	METODOLOGÍA_____	44
4.1	Valoración_____	45
4.2	Diagnostico de Enfermería_____	46

4.3	Planeación_____	
4.4	Ejecución_____	47
4.5	Evaluación_____	
V	PRESENTACIÓN DEL CASO_____	48
5.1	Valoración_____	
5.2.	Valoración clínica de Enfermería_____	49
5.2.1	Datos de identificación_____	
5.2.2	Perfil del paciente_____	
VI	DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA_____	63
6.1	CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA_____	68
VII	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA_____	70
VIII	CONCLUSIONES_____	75
IX	SUGERENCIAS_____	76
X	BIBLIOGRAFIA_____	78

I. INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta indispensable para la atención del paciente, a través de su elaboración se desarrollan habilidades y destrezas que conllevan a identificar problemas, reales, potenciales y de bienestar para los cuales se llevan a cabo intervenciones de enfermería en forma prioritaria, con la finalidad de disminuir y solucionar los problemas dificultan la satisfacción de las necesidades, salud y bienestar de las personas sanas o enfermas.

La enfermera tiene la responsabilidad de valorar y diagnosticar los problemas que afectan la satisfacción de las necesidades; planear, ejecutar y evaluar los cuidados que tienen como objetivo ayudar a las personas a recuperar su independencia, salud y bienestar; para ello, requiere adquirir y desarrollar una serie de conocimientos, habilidades y destrezas

El siguiente estudio de caso, pretende mostrar la adquisición y desarrollo de habilidades que se han adquirido para la utilización práctica de I Proceso de Atención de Enfermería en pro del bienestar de las personas

II. OBJETIVO

1.1 objetivo general.

A través de la metodología del proceso atención enfermería ayudar a una mujer. Con un embarazo de 37 semanas de gestación que presenta alteración en la necesidad de termorregulación.

1.2. Objetivos específicos:

1.2.1. A través de la valoración integrar una base de datos referentes a las esferas biológicas psicológicas, emocional de la embarazada.

1.2.2. Identificar los diagnósticos de enfermería que propician dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

1.2.3. Tomar las decisiones que permitan planear los cuidados de enfermería que ayude a que la mujer logre la satisfacción de las necesidades.

1.2.4. Con base a los resultados evaluar la eficacia y eficiencia de las intervenciones de enfermería en función y resolución del diagnostico de enfermería.

III MARCO DE REFERENCIA.

3.1. Enfermería

La Enfermería como gremio mayoritario en las instituciones de salud, y recientemente reconocida como profesión, está comprometida a demostrar que su disciplina se basa en fundamentos científicos aplicados a su quehacer diario, sin que por ello se pierda su sentido humano, debe verse enriquecida y consolidada como una disciplina integral, autónoma, con capacidades para estar al nivel de cualquier otra, y sumada a los proyectos de mejora continua de la calidad, sin duda alguna que las instituciones de salud logran la excelencia en la atención.

Los retos de la enfermera de hoy, requieren que se aplique la tenacidad, la audacia y el valor para enfrentar las exigencias que requiere el defender nuestra disciplina y mantenerla como profesión, también se requiere de un compromiso con la enfermería, un deseo de superación y actualización continuo, persistente, y una alianza con la búsqueda incansable del perfeccionamiento y la excelencia, de tal forma que el gremio de enfermería se consolide totalmente y reconozca como una arte y una ciencia que junto a un espíritu humanista y ético, brinda lo mejor de sí cada día a quien es su razón de ser el paciente; y su fidelidad a la institución que le da la oportunidad de realizarse y de otorgarle un papel primordial dentro del equipo de salud; que busca otorgar atención de calidad al usuario, familia y comunidad.

3.1.1 Concepto de enfermería

La enfermería se concibe como la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral, con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida; su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.¹

¹ ALFARO Rosalinda cap. 2 "Aplicación del proceso de enfermería", Guía práctica. 3° edición. Editorial Mosby

Una definición novedosa de la Enfermería es la siguiente: La Enfermería es “la ciencia” y el “arte” de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” de las “respuestas humanas”²

Del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales”, así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de respuestas fisiopatológicas

La enfermería se considera una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios, empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos

Se concibe como un arte, por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional, lo que la hace ser creativa e innovadora.³

El objeto de estudio de la enfermería es el Cuidado.

3.1.2 Antecedentes históricos de la enfermería

La historia de la Enfermería se basa en dos aspectos fundamentales: La mujer y el Cuidado. El género femenino está ampliamente ligado a la enfermería, ya que hasta hace unos años se consideraba a la enfermería una disciplina exclusiva de la mujer. El Cuidado es quien marca la diferencia entre la Enfermería y el resto de las disciplinas encaminadas a cuidar la salud del individuo.⁴

El inicio del cuidado se pierde en el tiempo, en la memoria y en la propia existencia del hombre.

² RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Aplicación actual 2ª Edición México. Editorial Cuellar

³ Iyer patricia W., et. Al. Proceso y diagnostico de enfermeria.3ra. Edición en español. MC.Graw-Hill, México PAG.2, 4

⁴ Alfaro-Levefre, Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero. 4 ed. En español.Springer Verlag, Ibérica España, 1999.PAG 73

Para profundizar un poco en la historia de la Enfermería, retomaremos las etapas que nos comparte (Carolina García Caro), ella resume a la enfermera y al cuidado en cuatro etapas.

- Etapa Doméstica
- Etapa Vocacional
- Etapa Técnica
- Etapa Profesional.

- **Etapa Doméstica.**

Se denomina así, porque la mujer en cada hogar era la encargada del cuidado y la crianza. Los cuidados estaban encaminados al mantenimiento de la vida a través de la alimentación, el vestido y las costumbres de la época, que hacen la vida más agradable.

- **Etapa Vocacional.**

El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento del cristianismo. La enfermedad era considerada como una gracia de Dios Todopoderoso, aquel que sufre; es un escogido por Dios, el sufrimiento debía ser consagrado a Dios y visto como oportunidad de purificación.

Lo importante en las personas dedicadas al cuidado era su actitud de obediencia, abnegación y sumisión, realizar su labor para glorificar a Dios y mantenerse dentro de las normas y enseñanzas de la Santa Iglesia.

Durante esta etapa la mujer es considerada como “consagrada”, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples.⁵

Esta etapa abarca desde el nacimiento del Pensamiento Cristiano hasta finales de la era moderna de la Historia Universal.

⁵ Pacheco Arce Ana Laura. Fundamentación teórica para el cuidado Ediciones UNAM-ENEO. México 2005.

- **Etapa Técnica.**

La Salud es entendida como una lucha contra la enfermedad. La clase médica se centraba en buscar las causas de las enfermedades y su tratamiento. La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, tales como: Medición de signos vitales, administración de medicamentos, curaciones entre otras. Esta etapa se inicio a mediados del siglo XIX.

Estas tres etapas se conocen por su largo periodo de transición, como la etapa oscura de la Enfermería.

- **Etapa Profesional.**

La profesionalización de la enfermería, se atribuye a “Florence Nightingale”, sus esfuerzos lograron rescatarla de los siglos de ignorancia y superstición. Ella define a la Enfermería como la actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo a su recuperación, fue considerada como la primera teórica de la enfermería y que elevo a la misma al estatus de profesión. Introdujo como elemento de los cuidados aspectos conocidos actualmente como psicosociales.

Florence Nightingale, fundó la primera escuela formal de enfermería (1840), en la que se cursaban tres años de formación; su modelo es utilizado en muchas escuelas hasta la fecha.

Durante esta etapa, la salud es entendida como un proceso integral y no como un estado. Las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, y tratan de desprenderse de su dependencia histórica de otras disciplinas.

La enfermería describe la actuación diferenciada de su profesión, comienzan a emplear el método científico y a fundamentar sus cuidados, sustituyendo lo empírico, y así logra ser incluida como escuela dentro de las universidades.

Hoy en día la enfermería sigue avanzando por consolidar su autonomía profesional, realmente se ha logrado el reconocimiento profesional elevándola al nivel de Licenciatura, han surgido las Maestrías y Doctorados para Enfermeras,

el número de Enfermeras Investigadoras ha aumentado; así mismo dentro del ejercicio profesional algunos países consideran a la enfermera como directiva o gerente de enfermería.

Sin embargo el trabajo de la enfermera para mantenerse firme como profesional, implica unión, esfuerzo y compromiso por parte de todo el gremio de enfermería a nivel mundial.

3.2.3 Núcleos conceptuales de Enfermería

Los paradigmas proyectan diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería y dirigen las actividades de una disciplina. Es por ello que en el trabajo que realizan las enfermeras se observan características de los diferentes paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia.

3.2.3.1 Metaparadigmas

Es el conjunto de conceptos globales que nos ayudan a identificar los fenómenos de interés para el desarrollo de una disciplina, los conceptos que integran el metaparadigma de enfermería son:⁶

Persona, Entorno, Salud, Enfermería.

Empleados para la explicación de sus investigaciones y argumentaciones.

▶ PERSONA

Persona: Es el sujeto del cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea con el entorno.

⁶ KOZIER Barbará, G. ERB, K. BLAIS, J.M. WILKINSON. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica 5ª edición y 7ª edición Mc Graw Hill

Entorno: Comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y el medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona, por lo que un comportamiento sólo es significativo en la medida en que se contextualiza el entorno.

El entorno comprende además los sitios donde la persona se desarrolla: el hogar, la escuela, los centros de trabajo y los lugares en los que atiende su salud. La interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud – enfermedad.

Salud: La salud es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo, y permitir la realización de las actividades cotidianas.

Enfermería: La práctica de la enfermería es mucho más que la realización de técnicas y procedimientos, pues al ser la persona su razón de ser, requiere de una agudeza intelectual para elegir un cuidado que responda a las necesidades particulares de cada persona, lo que implica tener dominio de conocimientos teóricos.⁷

Y metodológicos, habilidades técnicas y actitudes de compromiso hacia el sujeto del cuidado.

3.3 Cuidado

Son las intervenciones de enfermería con el cliente, forman parte de la actividad cotidiana y permanente en la vida como lo que hace la enfermera para, por y con

⁷ IDEM. P 22

la persona. Conjunto de actividades enfocadas a preservar la vida y la salud paciente.

3.3.1 Concepto de cuidado.

Conjunto de actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, dirigidas a mantener y preservar la vida del al que el hombre se enfrenta día a día

3.3.2 Componentes del cuidado.

Para poder dar cuidados es necesario que exista el cuidador y al individuo que se le va brindar los cuidados, conocimiento científico, conocimiento empírico, el cuidado no solo se puede dar individual también puede ser:

3.3.3 Tipos de cuidado.

Dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: Care y Cure.

Los cuidados de costumbre y habituales “care” relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida:⁸

“Care” representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, están basados en todo tipo de hábitos de costumbres y de creencias estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia o duración todos los cuidados que la madre proporciona a su hijo son los que nos vamos a proporcionar cada día a medida que adquieramos autonomía.

Los cuidados de curación: “cure” relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

⁸ Colliere. Op.cit. p44

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: cure garantizan la continuidad de la vida limitar la enfermedad luchar contra ella, reduciendo riesgos potenciales el usuario haciendo uso de la tecnología en bien del usuario, los cuidados de enfermería es ayudar al usuario a desarrollar su capacidad a compensar la alteración de las funciones ocasionadas por la enfermedad. Los cuidados para preservar la vida y la salud han sido durante miles de años los cuidados del cure entran cuando los del care son insuficientes el individuo no puede por sí solo.

3.3.4 Tecnologías del cuidado:

Por tecnología hay que entender un arte un conocimiento de los instrumentos su elaboración y justificación de su utilización El profesional de enfermería necesita un instrumento para que trabajé necesita una tecnología los instrumentos determinan la práctica profesional que orientan y ayudan en bien del usuario, Los cuidados de enfermería han recurrido a tecnologías diversas siendo las principales aquellas que sirven para preservar la vida, estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisoluble del acto de cuidar, se han unido técnicas e instrumentos de curación cada vez más complejas.

Tecnologías

El primer instrumento es el cuerpo usado por una persona que prestaba cuidados y sigue hoy en día siendo el primer instrumento en los cuidados de enfermería. Es el vehículo es el mediador de los cuidados, mediante el uso del cuerpo se pueden brindar cuidados a otro persona. El primer sentido que utilizamos es el tacto, el sentido del oído es el vehículo de la escucha la vista: sitúa a las personas en su entorno descubre sus rostros descubre, al observar a la persona podemos descubrir si esta angustiado, preocupado.

a) Tecnologías para el mantenimiento de la vida:

Son de gran variedad deben ser objeto de la imaginación y de la creatividad son todos los instrumentos utilizados para el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere por parte de la cuidadora un estudio de los hábitos de vida, aseo, tipo de alimentación el significado de la ropa o la manera de moverse, a la organización dentro del espacio dentro de la habitación.⁹

b) Tecnología de curación:

Al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de la enfermedad han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería van de los instrumentos mas sencillos hasta las maquinarias más completas. Todo instrumento para la curación requiere de una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir¹⁰.

c) Tecnologías de información:

Tipos de instrumentos principales, historia de enfermería y los que contribuyen a la gestión del servicio de enfermería.

La historia de enfermería es el instrumento fundamental y coherente de continuidad de los cuidados es la expresión escrita de la evolución de los cuidados.

Las tecnologías empleada en los cuidados de enfermería es de gran ayuda en bien del usuario ya que gracias a ella podemos ayudar a preservar le vida del usuario como son monitores, toco cardiógrafos bombas de infusión.

⁹IDEM. P 89

3.4 Proceso Atención Enfermería

3.4.1 Concepto

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos de forma eficiente”¹¹

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular.

El proceso atención de enfermería, es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería, es cíclico; es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento pueden intervenir más de uno de ellos.

Se compone de cinco fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución, y la evaluación.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería, es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas por el profesional de enfermería utiliza opciones conocimientos, habilidades cognitivas técnicas e interpersonales para diagnosticar y tratar los problemas reales o potenciales de la salud, y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

3.4.2. Características del PAE:¹²

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

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

Es intencionado por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los

¹¹ ALFARO L. Rosalinda “Aplicación practica del proceso de atención de enfermería” 5ª Edición, editorial Interamericana México 2003.

¹² IDEM, p

factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades) el desempeño del cliente y la propia enfermera (o).

Es dinámico: por estar sometido diversos cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre

Es interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con el cliente. Familia u otros profesionales sanitarios para acordar y lograr objetivos comunes.

Es flexible: por que puede aplicarse en los diversos de la practica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van mas allá de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuestas humanas.

La enfermera (o) al aplicar el proceso podrá experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico: es decir un pensamiento analítico “deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencia”

Por otra parte el proceso compromete al individuo. Familia o comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados cubriendo las necesidades individuales del cliente, familia o comunidad que permitan mantener o recuperar la salud.¹³

¹³ IDEM, p 12

Antecedentes.

“Antes de que se desarrollara el proceso enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las ordenes redactadas por los médicos y se centraban en los procesos patológicos específicos más que el cuidado a la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

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

El proceso enfermero a evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles para la naturaleza evolutiva de la profesión. Tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall En (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) quienes consideraron un proceso de tres etapas; valoración, planeación, ejecución. en 1967 Yura y Walsh fueron los primeros autores del primer texto donde en el que se describía un proceso de cuatro fases; valoración, planeación, ejecución, y evaluación a mediados de la década de los años 70, Bach (1974), Roy, Mundiger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de 5 fases: valoración, diagnóstico, planeación. Ejecución. Evaluación.¹⁴

Para la asociación americana de enfermería, el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia a exigido cambio sustancial en sus etapas favoreciendo el desarrollo de la enfermera como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención al individuo, familia o comunidad.

¹⁴ IDEM. p 30

Así en muchos países. la aplicación del proceso atención de enfermería es requisito para el ejercicio de la enfermería profesional, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y su aplicación durante la práctica; sin embargo en el ámbito de enfermería falta mucho camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aun en nuestros días.

3.4.3 Etapas

La primera etapa del proceso atención enfermería:

3.4.3.1 Etapa de valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, e incluye la recolección, organización y validación y registro de datos. es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del cliente, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo y los recursos (capacidades) para recuperar o conservar la salud.

Se puede describir como un proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud del cliente familia y comunidad.

Objetivo: crear una base de datos sobre las respuestas del cliente ante la salud o la enfermedad con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente. Las respuestas del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales espirituales.

Tipos de valoración:

*Valoración inicial: es la que se realiza al ingreso del cliente, la cual establece una base de datos completa, para identificar el problema, las referencias y futuras comparaciones.

* Valoración focalizada: proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros que determina el estado de un problema específico e identificado en la valoración anterior.

*valoración urgente: esta se realiza durante cualquier crisis fisiológica del cliente, con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida.

*valoración de un tiempo: esta se lleva a cabo varios meses después del estudio inicial, con el propósito de comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.

Fuentes de información:

Fuente primaria: la principal fuente de información es el cliente siempre y cuando no se encuentre demasiado enfermo, ni demasiado joven o tenga confusión mental, para poder comunicarse con claridad.

Fuente secundaria: las fuentes secundarias aportan datos que complementan y dan valor a los datos obtenidos por el cliente. Entre ellas se consideran, la familia y/o personas de apoyo, otros profesionales de la salud, los registros e informes, datos de laboratorio y diagnóstico (expediente clínico), y publicaciones pertinentes.

Tipos de datos:

- Datos subjetivos: conocidos como síntomas o datos “no visibles” son solo evidentes para la persona afectada y únicamente pueden describirlo verificarlo esa persona.

- Datos objetivos: también llamados signos o datos manifiestos son detectados por el observador pueden compararse por una norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler y son obtenidos mediante la observación o exploración física.
- Datos históricos: antecedentes: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones o pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los echos en el tiempo (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos de problema de salud actuales.

Métodos de valoración:

Los principales métodos para la valoración del cliente son la observación, la entrevista, y la exploración física. La enfermera utiliza simultáneamente los tres métodos para valorar a los clientes.

- **La observación:** es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método y un método organizado para reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación tiene dos aspectos reconocer los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir, percibirlos.
- **La entrevista:** es una comunicación programada u una conversación que se realiza con el propósito de dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo, o proporcionar asesoramiento o tratamiento. Hay dos sistemas de entrevista.
- **La entrevista dirigida:** es muy estructurada y proporciona información específica, la enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma haciendo preguntas cerradas, el cliente responde a las preguntas

con poca posibilidad de hacer preguntas o de comentar sus inquietudes.¹⁵

- Entrevista no dirigida: la enfermera incita la conversación haciendo preguntas abiertas y permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de charla, para crear una relación de compenetración, que es el entendimiento entre dos o más personas.
- **Exploración física**; la exploración física es un método sistemático de recolección de datos que utiliza las capacidades de la observación llevando a cabo el método cefalocaudal para descubrir problemas de salud.

Para llevar a cabo la exploración se utilizan los métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión.

- a) Inspección: “la inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído” es un proceso activo en donde la enfermera debe de saber que va a inspeccionar y el orden a seguir, con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor, ruidos que emite el cliente etc.
- b) Palpación: “la palpación es el examen de cuerpo utilizando el sentido del tacto” es decir con las yemas de los dedos ya que por su inervación las hace sensibles para determinar; textura, temperatura, posición y tamaño de los órganos, pulsos periféricos etc.
- c) Percusión: “la percusión es un método de la valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones” se emplea para estimar el tamaño y forma de los órganos, la presencia de líquido, aire o algún sonido. Puede ser directa al golpear el área que va a percutir con la yema de los dedos o indirecta cuando se coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y se procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

¹⁵ IDEM. p 42

d) Auscultación: “la auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo” sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos, es directa cuando únicamente se emplea el sentido de audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardiaca, respiración, y tención arterial) deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiendo detectar problemas reales y de riesgo. La valoración de estas constantes vitales debe considerarse desde el estado de salud previo y actual del cliente considerando los estándares aceptados como normales. Esta actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del cliente, cuando este presente a cambios a estados de salud, antes de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás debe considerarse como rutina. El examen físico concluye con la somatometria (estatura, peso, perímetro, y segmentos corporales) estos permiten valorar en forma general del cliente al identificar el crecimiento normal o anormal de las estructuras corporales al mismo tiempo que sirven para calcular la dosis de medicamentos indicados por el médico.

Instrumento de registro: los registros del cliente comprenden los datos documentados por varios profesionales de la salud, también contienen informes relativos a la ocupación de este, su religión y estado civil.

Los informes médicos, historia clínica, exploración física notas de evolución y consultas dan la pauta sobre la salud, enfermedades anteriores y actuales del cliente, suministra información sobre los comportamientos que adopta el cliente, sus hábitos de salud, y enfermedades y alergias previas.

Los informes sobre el tratamiento de otros profesionales sanitarios tales, como asistentes sociales, especialistas en nutrición dietistas psicoterapeutas ayudan a obtener datos no expresados por el cliente.

*los datos de laboratorio, aportan información sanitaria de interés a menudo se solicitan formando parte de la exploración inicial del médico para ayudar al diagnóstico o vigilar un tratamiento médico.

Los informes verbales, de otros profesionales sanitarios sirven de posibles fuentes adicionales para informarse sobre la salud de un cliente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad.

La revisión de la literatura sobre enfermería y publicaciones relacionadas, como revista profesionales y texto de consulta aportan otros informes para la base de datos.

Organización de datos: es el cuarto pasó en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo mas habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (maslow, 1972). O por patrones funcionales (Gordon 1987).etc.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son considerados como modelos enfermeros, para valorar y organizar la información.

Para la organización sistemática de datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado conocido como: historia de enfermería y valoración de enfermería basada en diferentes teorías y modelos.

Hay muchos modelos y esquemas disponibles para la recogida y registro de sistemático de los datos. El esquema se puede modificar de acuerdo con es el estado físico del cliente. Entre ellos los siguientes.

Modelos conceptuales de enfermería:

Gordon (1987), elabora un esquema de patrones funcionales de la salud emplea la palabra patrón para referirse a la secuencia de comportamientos.

Orem (1991). Define ocho requisitos universales del auto cuidado.

Roy (1984). Describe los datos que deben ser recogidos de acuerdo a su modelo de adaptación y clasifica el comportamiento observable: necesidades fisiológicas, auto concepto, funcional e interdependencia.

***Modelos de bienestar.**

Las enfermeras emplean modelos de bienestar para ayudar a los clientes a reconocer los riesgos para la salud y profundizar los hábitos de vida y en su conducta hacia la salud en las ideas, valores y actitudes que influyen en el grado de bienestar.

Modelo de sistemas corporales:

Es el modelo de exploración por aparatos y sistemas corporales, se centra en la alteración del sistema cutáneo, respiratorio, cardiovascular, nervioso, musculoesquelético, digestivo, genitourinario, y reproductor.

Jerarquía y necesidades de Maslow:

Reúne datos a las necesidades fisiológicas para sobrevivir necesidades de seguridad e inocuidad, de amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Validación de datos:

Significa que la información reunida es verdadera (basada en los hechos).

La validación consiste: en un doble examen o inspección de datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos.

Los indicios son datos subjetivos que pueden ser observados directamente por la enfermera entre lo que el cliente dice y lo que la enfermera puede ver, oír, sentir. Oler o medir.

Las deducciones son las conclusiones e interpretaciones de la enfermera sobre los indicios. Para recoger los datos en forma precisa, la enfermera debe tener en cuenta sus propios prejuicios, valores, creencias, y separar los hechos de las deducciones, e interpretaciones y suposiciones.

Se habla: de conclusión anticipada cuando las suposiciones se aceptan como hechos.

Registro de datos: es el último paso de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Con respecto al registro de datos, este varía de un centro laboral a otro, “el saber como y el que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional.

Recomendaciones en el momento de efectuar las anotaciones:

- 1.- cumplir con las normas del centro laboral en cuanto registros.
- 2.-evitar juicios de valor.
- 3.-escribir textualmente lo que el cliente expresa (entrecorillado)
- 4.- acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
- 5.- señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta.
- 6.- procurar que la información sea importante y relevante.
- 7.-realizar anotaciones claras y concisas y completas.
- 8.-escribir con letra clara y con tinta indeleble.

9.-evitar dejar espacios en blanco.

10.-cuidar la ortografía y abreviaturas.

11.- anotar fecha y hora en la que se realiza el registro.

12.-escribir la información que proporciono el equipo sanitario.

13.-registrar cuando el cliente o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

3.4.4.2 Etapa de diagnóstico:

Diagnostico de enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.¹⁶

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo (Fernández; 2003).

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

OBJETIVO: el objetivo en esta etapa es identificar las respuestas reales o posibles que se consideran ocasionan problemas al paciente.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Antecedentes (NANDA)

“En la década de los 70, LA American Nursing Asociación (ANA) reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los estándares

¹⁶ NANDA. Diagnósticos de Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. Ed. Elsevier. Madrid - España

de la práctica de enfermería (1973) este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería y que significa una referencia a la calidad de la práctica a la par, conlleva a la necesidad de estructurar y regular el tema. Con este fin deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación. El acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país.

Este hecho dio origen a la primera conferencia nacional para la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería en 1973¹².

En 1982. Durante la v conferencia se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Que proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería.

Las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, surgen al inicio de la década de los setenta, con una estructura insuficiente y a pesar de numerosas discusiones no se llega a acuerdos sobre la mejor manera para clasificarlos, por lo que se decide organizarlos por orden alfabético. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético; por ello inicia los trabajos para elaborar un marco de referencia que proporcione las bases conceptuales y así establecer los criterios de clasificación taxonómica.

DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA.

Clasificación de los diagnósticos:¹⁷

Hay 7 ejes del modelo de diagnósticos enfermero NANDA:

¹⁷ IDEM. p 23

Eje.- 1 concepto de diagnostico.

Eje.- 2 sujeto del diagnostico (persona. Familia o comunidad)

Eje.- 3 juicio (deteriorado, inefectivo)

Eje.- 4 localizaciones (vejiga, auditivo, cerebral)

Eje.- 5 edad (lactante, niño, adulto)

Eje.- 6 tiempo (agudo, crónico, intermitente)

Eje.- 7 estado del diagnostico: real, de riesgo, de salud, de promoción a la salud)

Etiquetas diagnosticas de la NANDA según las necesidades humanas básica.¹⁸

Diagnósticos de la NANDA.

CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS.

Taxonomía II

I.- DE RESPIRACIÓN.

II.- ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN.

III.- ELIMINACIÓN.

IV.- MOVILIZACIÓN.

V.- REPOSO / SUEÑO.

VI.- VESTIRSE.

VII.- TEMPERATURA.

VIII.- HIGIENE /PIEL.

IX.- SEGURIDAD.

X.- COMUNICACIÓN.

XII.- TRABAJAR / REALIZARSE.

XIII.- ACTIVIDADES / LÚDICAS.

XIV.- APRENDER.

¹⁸ NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. definiciones y clasificación. Editorial Elsevier. España 2007- 2008

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS.

1.- **“real:** es un juicio sobre la respuesta de un paciente o de un problema de salud que existe en el momento de valoración de enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados, son ejemplo de ello el patrón respiratorio ineficaz y ansiedad.

Las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación (Fernández 2003).

2.- **riesgo o potencial:** según definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

Las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio (Fernández 2003).

3.- **posible:** es aquel en que las pruebas de que existe un problema de salud y no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnostico posible requiere más datos ya sea para corroborarlo o para refutarlo, ej. Una viuda anciana que ingresa a un hospital no recibe visitas i que le agrada que el personal de enfermería la atienda y converse con ella.

Hasta que disponga de mas datos, la enfermera pueda redactar un diagnostico de enfermería de posible aislamiento social relacionado con la etiología desconocida.

4.- **de salud:** se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.

FACTOR RELACIONADO:

“factor que esta causando o contribuyendo a causar un problema real, se utilizan como etiología de problemas reales. Además se utilizan cuando los signos y síntomas del problema están presentes.”

Características definitorias:

“son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta, en caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente, para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología los factores de riesgo que determinan que el paciente sea mas vulnerable de lo normal al problema”.

COMPONENTES ESENCIALES DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SON, EN BASE AL FORMATO PES, LOS SIGUIENTES:

“El enunciado básico del diagnostico enfermero en tres partes se denomina formato PES y consta de los componentes:¹⁹

- 1.- problema, (P) enunciado de las respuesta del paciente.
- 2.-etiologia, (E) factores que contribuyen a la respuesta o que son causa probable de ella.
- 3.-signos y síntomas, (S) características definitorias manifestadas por el paciente.

El enunciado diagnostico en tres partes comprende el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (PES) los diagnósticos enfermeros reales pueden documentarse mediante el enunciado en tres partes (utilizando con y manifestado por). Por que se han identificado los signos y síntomas del diagnostico.”

3.4.3.3 Planeación:

Concepto: tercera fase del proceso de enfermería en la cual la enfermera y el paciente desarrollan los objetivos / resultados y las estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente”.

¹⁹ ALFARO. Op.cit. p 68

Objetivo: identificar los factores que debe tener en cuenta la enfermera al establecer las prioridades.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES:

Las intervenciones se clasifican en:

- **Dependientes:** Son las actividades que se realizan por orden del medico o bien bajo su supervisión o bien según procedimientos sistematizados. las ordenes medicas suelen consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas de diagnostico, tratamientos, dietas o actividad.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

CRITERIO DE RESULTADOS:

CONCEPTO: La identificación de resultados en los estándares para la practica en la enfermería clínica, o considerados como los criterios mensurables y mas especificos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

OBJETIVO: es la evolución del paciente o una modificación en su comportamiento deseada.

3.4.3.4 Ejecución.

Concepto: es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, la enfermera realiza o delega las ordenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.

OBJETIVO: Identificar las fases esenciales en el desarrollo de herramientas para evaluar la atención de la calidad.

3.4.3.5 Evaluación:

CONCEPTO: la fase final del proceso de enfermería, en el que la enfermería determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos resultados como la eficacia del plan de cuidados de enfermería, este plan puede continuarse, codificarse o suspenderse.

OBJETIVO: La enfermera determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos o resultados como la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

3.5. VIGINIA HENDERSON

3.5.1 Antecedentes de formación.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de salud. Esto la llevo a desarrollar su traje para determinar la función propia de la enfermera, y así adquirir una identidad profesional propia.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma.

"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, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".²⁰

LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON:

La enfermera asiste al paciente en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

²⁰ GARCIA, González Ma. Jesús. *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. Ed. Progreso. 2ª.ed. México, 2002.

Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros” esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidad de maslow las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas a la seguridad la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionada con la autoactualización.

Pariendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, autora identifica las 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos. Que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente) pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o mas necesidades no se satisfacen por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente), es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas, estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimiento, Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano o tiene los suficientes conocimientos para ello.²¹

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en la que se encuentre cada individuo, sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores.

²¹ http://html.rincondelvago.com/cuidados-de-enfermeria_virginia-henderson.html.

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social y cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente para cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería, estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería elaborando en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera – paciente, destacando tres niveles de intervención como sustituta, como ayuda o como compañera

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los cuatro conceptos y subconceptos básicos del metaparadigma de enfermería.

- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana (Pacheco *et al*; 2005).

- Entorno:

Factores ambientales

Factores socioculturales

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

Independencia

Dependencia

Causa de la dificultad o problema

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

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia (Pacheco *et al*; 2005).

- Rol profesional

Cuidados básicos de enfermera

Relación con el equipo de salud

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson "...este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación (Piña et al; 2003).

3.5.2. Principales Conceptos.²²

"independencia: la define como la capacidad de la persona para satisfacer por si mismo sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: se define como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o pueden ocurrir actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Causas de dependencia: son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Tipos de dependencia:

1.- falta de fuerza: capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.²³

²² IDEM. p13

²³ IDEM. p 11

2.- falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.²⁴

3.- falta de voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades estas tres causas pueden dar lugar a: dependencia total o parcial y a temporal o permanente.

Rol de enfermería: lo define como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de la función propia, actuando según criterios de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.²⁵

Tipos de rol de enfermería.

Rol autónomo: las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de su actuación.

Rol independiente: ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente.

Existen prescripciones de otros profesionales. Generalmente el médico, aunque la enfermera aporta sus conocimientos y sus habilidades para llevar a cabo estas prescripciones.

Rol dependiente: no trabaja en solitario sino que forma parte de un equipo salud, significa que también la enfermera también cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

3.5.3. La persona y las 14 necesidades básicas

²⁴ IDEM. P 13

²⁵ IDEM. p 12

Henderson precisa al individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes bilógicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar los peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas
- Necesidad de Aprendizaje

3.6. Ruptura de Membranas Amnióticas.

La ruptura prematura de membranas, también conocida como RPM, se refiere al momento en el que las membranas del saco amniótico de la mujer embarazada, que rodean al feto se rompen o se agujerean. La membrana amniótica es un saco cerrado compuesto por líquido amniótico, por el feto y por la placenta. El líquido amniótico es importante, ya que se encarga de rodear al feto; protegiéndolo de virus y bacterias; por otro lado también es importante ya que permite que el cordón umbilical flote, proporcionándole al feto oxígeno y nutrientes. La membrana también es un elemento vital para el desarrollo de los pulmones del feto.

La RPM se utiliza para referirse a una mujer embarazada que se encuentre cerca o que haya sobrepasado la semana 37 de gestación y que esté experimentando una RPM antes de comenzar el trabajo de parto; la ruptura prematura de membranas (RPM) se refiere al momento en el que la membrana amniótica estalla

o se rompe durante el período que se extiende entre la semana 24 a 37 del embarazo. La RPM ocurre en el 10% de los embarazos, de los cuales el 20% de los casos terminan en una RPMP. Los signos de la RPM incluyen la emanación profusa de líquido color sangre, así como también fiebre y descarga o flujo vaginal con olor desagradable.²⁶

A pesar de que existe incertidumbre acerca de los verdaderos factores causantes de una RPM, generalmente se cree que generalmente se desarrolla debido a la presencia de alguna infección durante el embarazo o debido a la eminencia del trabajo de parto.

Se cree que la activación de enzimas catabólicas, como la colagenasa puede provocar la ruptura de membranas, mantener las relaciones sexuales durante las últimas etapas del trabajo de parto no se considera factor de riesgo.

Se considera que las mujeres de mayor riesgo son aquellas que fuman. Poseen bajo índice de masa corporal, alimentación deficiente, o una higiene deficiente, con antecedentes de de partos pre termino. Con exceso de líquido.

3.6.1. Etiología:

La causa de la ruptura prematura de membranas se desconoce. En ocasiones es secundaria a múltiples factores tanto externos e interno.

Factores externos:

_infecciones, infestaciones, traumatismos.

Factores internos:

Insuficiencia del cérvix, dilatación prematura de la cérvix, desproporción cefalopelvica, presentaciones anormales.

Factores propios de las membranas:

Adelgazamiento y poca elasticidad.

²⁶ MONDRAGON Castro Héctor ginecobtetricia elemental 2° Edición Editorial Trillas México 2008.

Los factores procedimentales también juegan un papel muy importante en cuanto al riesgo de padecer RPM; la amniocentesis, así como también el cerclaje (cuando el útero es cocido debido a la presencia de un cuello uterino incompetente.

Durante la exploración se puede encontrar:

_vagina húmeda.

_ salida de líquido a través del cérvix.

_acumulación de líquido en el fondo del saco posterior.

_ salida de líquido al rechazar la presentación del producto y al momento de decirle a la paciente de que puje.

Debemos de saber que al no demostrar la salida de líquido amniótico por la vagina no excluye la existencia de ruptura de membranas.

Complicaciones de ruptura prematura de membranas:

_prematurez.

_Prolapso de cordón umbilical, mayor frecuencia de presentación pélvica.

_ Infección amniótica.

La morbimortalidad perinatal se relaciona con el tiempo de de evolución de la ruptura complicaciones más frecuentes:

_se psis del recién nacido.

_neumonía.

_aspiración de líquido amniótico:

_hemorragia cerebral por hipoxia, ocasionada por deficiente protección del polo cefálico. Que es la más grave

La ruptura de membranas en condiciones normales ocurre dentro de la fase de dilatación cervical, en el trabajo de parto en algunas ocasiones se rompen prematuramente durante el embarazo antes de que el trabajo de parto inicie y la frecuencia ocurre entre el 7% y el 12% de todos los embarazos. La ruptura de

membranas de más de 6 horas se considera complicada, proporcionalmente con el tiempo de latencia de la ruptura. Ya que ocasiona en la madre.

Endometritis puerperal.

Infecciones abdominales, como anexitis y parametritis.

Cuadros sépticos a distancia.

Incidencia: de un 80% de los embarazos de termino.

Tratamiento:

Modificar el periodo de latencia.

Inductoconduccion del trabajo de parto en caso que la presentación sea cefálica con cérvix favorable.

_ Interrupción del embarazo vía abdominal en caso de presentaciones anormales o condiciones cervicales desfavorables.

Ya que el riesgo de infección intrauterino es muy elevado.

_limitar al máximo los tactos vaginales.

_Si el parto no ocurre dentro de las primeras 6 horas el tratamiento administrar antibióticos para disminuir la movilidad posparto por infección.

Durante el puerperio administrar antibióticos a la madre y al recién nacido durante el puerperio inmediato. Para reducir el riesgo potencial de infección. En la madre y neonato

3.6.2. Tratamiento:

Modificar el periodo de latencia.	
Inductoconducción del trabajo de parto.	Si la presentación es pélvica con cérvix favorable.
Interrupción del embarazo vía abdominal en caso de presentaciones	Ya que el riesgo de infección es muy elevado.

<p>anormales.</p> <p>Limitar al máximo los tactos vaginales.</p> <p>Aplicación de antibióticos de amplio espectro.</p>	<p>Reduce el riesgo de infección.</p> <p>Ampicilina un gramo cada 6 horas. Penicilina de 4 a 5 millones cada 4 horas.</p>
--	---

IV. METODOLOGÍA

El presente estudio de caso tiene dos ejes fundamentales. El primero se sustenta en la metodología del Proceso Atención de Enfermería y el segundo en el modelo de Virginia Henderson.

El proceso atención de enfermería el cual abordara desde su clasificación en cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación

La orientación a partir de la cual se significa el proceso atención enfermería (PAE) será desde la visión del pensamiento crítico que exige a la enfermera la puesta en marcha de sus habilidades cognitivas especializadas para la toma de decisiones en el cuidado de la salud humana.

El pensamiento crítico según lo estudiado se puede deducir como un pensamiento en el cual nosotros ponemos en práctica las actitudes racionales, valores para acercarse a la verdad de un hecho y esto nos va a ser de suma importancia en nuestra profesión ya que si somos capaces de de formarnos con un pensamiento crítico, nosotros vamos a hacer personas competentes lo cual hará que nosotros que nosotros podamos distinguimos de personas cerradas que lo único que consiguen es bloquearse a ellas mismas.

El pensamiento crítico aplicado en la práctica enfermera:

Las enfermeras deben pensar de forma crítica, ya que las decisiones de enfermería pueden afectar profundamente la vida de los clientes y sus familias, pero el pensamiento crítico no se limita a resolver problemas o adoptar decisiones; las enfermeras profesionales utilizan el pensamiento critico para hacer observaciones formales, extraer conclusiones válidas, crear información e ideas nuevas, evaluar líneas de razonamiento y mejorar su propio conocimiento.

Las habilidades que se desarrollan son: Análisis, Síntesis, Inferencias, Inducción y Deducción.

Segundo eje.

Es de carácter teórico y es sustentable en las necesidades fundamentales de Virginia Henderson. Como un referente para ubicar al paciente- persona y orientar, las intervenciones hacia el cuidado y en la persona y no a la enfermedad y a la curación solamente.

4.1 Valoración:

Para la valoración de enfermería se utilizarán como métodos la observación, la entrevista y el método clínico; los datos obtenidos a partir de estos tres métodos se registrarán en un instrumento.

Las fuentes para obtener información serán primarias y secundarias.

La fuente primaria se considera la embarazada,

La fuente secundaria: historia clínica, familiares, otros trabajadores de la salud.

4.2 Diagnóstico de enfermería:

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizará el formato PES y la taxonomía NANDA.

El formato PES, cuyas siglas significa P- problema, E- etiología, S- signos y síntoma, permitió darle una estructura lógica al enunciado diagnóstico el cual tiene conectores lógicos que permite establecer la relación entre el problema _ etiología y la etiología _ signos y síntomas:

Por tanto este conector es relacionado, el conector que vincula con el problema con la etiología relacionado y el que une a la etiología con los signos y síntomas (manifestado por).

La taxonomía NANDA que se publico que se utilizo es la última publicación es 2007 20089 la NANDA considera que los elementos que integran al enunciado diagnóstico son:

Etiqueta Dx.

Definición del Dx.

Factores relacionados.

Características definitorias.

3.3 Planeación.

Con base a los diagnósticos formulados, se tomaron las decisiones que permitieron planear los cuidados de enfermería para mejorar el bienestar de la embarazada.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente, o interdependiente; cada una fue fundamentada en el formato del plan de enfermería.

Por cada diagnóstico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo da claridad a la enfermera de lo que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la mujer.

Los criterios de resultado, permiten comparar y comparar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el plan de atención.

4.4 Ejecución:

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y el conocimiento de la enfermera. También fue necesario la consulta de fuentes secundarias como:

Artículos impresos y electrónicos, libros y revistas ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

4.5 Evaluación:

La evaluación es la última fase del proceso atención de enfermería. Y permite comparar los resultados obtenidos después de la intervención, con los resultados propuestos en el plan de atención.

Siendo el Proceso Atención de Enfermería una opción para la titulación también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitieran dar un sustento teórico.

V. PRESENTACION DEL CASO:

5.1. VALORACIÓN

Ingresa paciente femenina de la cuarta década de la vida la señora Gloria .N de 37 años de edad al servicio de toco cirugía procedente de modulo mater. Con diagnostico de embarazo de 37 semanas de gestación mas rompimiento prematura de membranas de 12 horas de evolución. Más trabajo de parto en fase latente. Con signos vitales: 140/90 de presión arterial, pulso 82 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto temperatura de 36.5°C.

Al interrogatorio: se muestra preocupada por su hijo por nacer ya que refiere salida de liquido por su vagina desde hace 12 horas, refiere ser ama de casa casada vive con su esposo y su hijo en casa propia de religión católica cuenta con seguro popular refiere que su peso antes del embarazo era de 62 el actual es de 75 kilos, talla de 168 cm. Refiere que realiza tres comidas durante el día, no realiza ejercicio, gesta 111 para 0, cesárea, 1 aborto. 1 refiere fecha de última menstruación el 18 de mayo del 2009, fecha probable de parto el 25 de febrero del 2010. Refiere que asistió a 7 consultas ingesta de acido fólico y sulfato ferroso desde el inicio del embarazo.

Artículos impresos y electrónicos, libros y revistas ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

4.5 Evaluación:

La evaluación es la última fase del proceso atención de enfermería. Y permite comparar los resultados obtenidos después de la intervención, con los resultados propuestos en el plan de atención.

Siendo el Proceso Atención de Enfermería una opción para la titulación también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitieran dar un sustento teórico.

V. PRESENTACION DEL CASO:

5.1. VALORACIÓN

Ingresa paciente femenina de la cuarta década de la vida la señora Gloria .N de 37 años de edad al servicio de toco cirugía procedente de modulo mater. Con diagnostico de embarazo de 37 semanas de gestación mas rompimiento prematura de membranas de 12 horas de evolución. Más trabajo de parto en fase latente. Con signos vitales: 140/90 de presión arterial, pulso 82 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto temperatura de 36.5°C.

Al interrogatorio: se muestra preocupada por su hijo por nacer ya que refiere salida de liquido por su vagina desde hace 12 horas, refiere ser ama de casa casada vive con su esposo y su hijo en casa propia de religión católica cuenta con seguro popular refiere que su peso antes del embarazo era de 62 el actual es de 75 kilos, talla de 168 cm. Refiere que realiza tres comidas durante el día, no realiza ejercicio, gesta 111 para 0, cesárea, 1 aborto. 1 refiere fecha de última menstruación el 18 de mayo del 2009, fecha probable de parto el 25 de febrero del 2010. Refiere que asistió a 7 consultas ingesta de acido fólico y sulfato ferroso desde el inicio del embarazo.

A la exploración: con buena implantación de cabello, hidratada, cuello cilíndrico, tórax normo lineo, mamas simétricas adecuadas para la lactancia, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino de 32 cm. Con producto único vivo intrauterino, situación longitudinal, presentación cefálica, abocado, frecuencia cardiaca fetal de 144 por minuto. Al tacto vaginal tornnierr y val salva positivo. Cérvix dehiscente con 2 cm. De dilatación con 40 % de borra miento, refiere dolor lumbar, no sangrado. Sin edema de miembros pélvicos, con buen llenado capilar,

Antecedentes personales: la señora gloria vive con su esposo en casa propia e hijo, refiere tener la primaria completa, durante el embarazo presento infección de vías urinarias la cual fue remitida con tratamiento. Flujo vaginal en la semana 14 de gestación.

5. 2. Valoración Clínica de Enfermería

5.2.1. Datos de Identificación

Nombre: GLORIA E. N Domicilio: nogal con privada nogal s/n.

Edad: 37 AÑOS SEXO: MUJER Nacionalidad: MEXICANA

Fecha de Nacimiento: 14 de enero de 1973

Ocupación: ama de casa. Escolaridad: primaria Religión: CATOLICA

Lugar de origen: MORELOS Estado civil: casada

Familiar responsable: esposo

5.2.2. Perfil de Paciente

AMBIENTE FISICO

Casa propia Rentada Prestada **No. De habitaciones: 2**

Tipo de construcción: TABIQUE Animales domésticos: no

Características físicas (ventilación, iluminación)

etc.): adecuada.

SERVICIO SANITARIOS

Agua intra- domiciliaria Hidratante público otro

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

Drenaje: SI NO Fosa séptica SI NO

Letrina SI NO

Control de basura: la tiran en el carro de basura

VIAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación Colectivo Teléfono

Carreteras Metro Camiones

Taxi Carro particular

RECURSO PARA LA SALUD

Centro de salud IMSS ISSSTE Consultorio particular
 otro

HABITOS HINGIENICOS-DIETETICOS

ASEO.

Baño: (tipo de frecuencia) **DIARIO** De manos: (frecuencia) **FRECUENTE**

Bucal:(frecuencia) **3 VECES AL DIA**

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) **DIARIO**

ALIMENTACION.

TIPO DE ALIMENTO	VECES POR SEMANA
CARNE	1 X 7
VERDURAS	3 X 7
FRUTAS	2 X 7
LEGUMINOSAS	2 X 7
PASTAS	1 X 7
LECHE	7 X 7
HUEVO	2 X 7
No. DE TORTILLAS	20 POR DIA
No. DE PIESAS DE PAN	3 X 7

Bebidas gaseosas	un vaso por día
AGUA: 1 TS. X DIA O VASOS AL DIA	2 A 3 LT. X 7

ELIMINACION.

Horario y Características:

Intestinal: una vez por día **Vesical: 5 a 7 VECES POR DIA EN EL ULTIMO MES.**

DESCANSO

(Tipo y frecuencia) **DE 7 A 8 HORAS DIARIAS** Sueño (horario y característica)
EN OCACIONES DURANTE EL DIA MEDIA HORA.

Diversión y / o deportes:

NINGUNO

Trabajo y / o estudio:

NO TRABAJA NI ESTUDIA

COMPOSICION FAMILIAR

Parentesco	edad	ocupación	participación económica
Esposo	38 años	peón de albañil	100%

Hijo	11 años	estudiante	
------	---------	------------	--

COMPOSICIÓN FAMILIAR: VIVE CON SU ESPOSO HE HIJO.

COMPARTIMIENTO (AGRADABLE)

Agresivo **tranquilo** indiferente **alegre**
cooperador

DINAMICA FAMILIAR: BUENA. **COMPORTAMIENTO: PREOCUPADA**

5.2.3. Antecedentes Personales No Patológicos

Grupo y Rh: 0 +

Tabaquismo SI NO tiempo: un cigarro por día
antes del embarazo

Alcoholismo SI NO tiempo: antes del embarazo
uno por día.

Fármaco dependencia SI NO de que tipo:

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES HEREDO-PATOLOGICOS

FAMILIARES

Diabetes SI NO Sífilis SI NO

Epilepsia SI NO SIDA. SI NO

HTA SI NO Malformaciones SI NO

Congénitas

Cardiopatías SI NO Consanguinidad SI NO

Neuropatías SI NO Retraso mental SI NO

Enf. Infecto-contagiosas SI NO Trastornos psiquiátricos SI NO

Toxoplasmosis SI NO **Cardiopatías** SI NO

Diabetes M SI NO: x

Antecedentes quirúrgicos SI NO Neuropatías SI NO

Tipo: cesárea:

Antecedentes trasfucionales SI NO

Antecedentes traumáticos **SI** **NO**

Otros:

Negados:

5.2.4 Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

CARDIO RESPIATORIO

Palpitaciones <input type="checkbox"/>	Lipotimias <input type="checkbox"/>	Disnea <input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>			

Acufenos <input type="checkbox"/>	Dolor torácico <input type="checkbox"/>	Edema <input checked="" type="checkbox"/>
Disfonías		

Fosfenos <input type="checkbox"/>	Ruidos cardiacos <input type="checkbox"/>	Cianosis <input type="checkbox"/>
Expectoración <input type="checkbox"/>		

DIGESTIVO

Apetito aumentado:	Vomito <input type="checkbox"/>	Meteorismo <input type="checkbox"/>	Diarrea
X <input type="checkbox"/>			

Observaciones:

Durante el embarazo

Disminución del apetito Náuseas Distensión
Hematemesis

Ruidos peristálticos Melena

Pirosis Dolor abdominal (aumentados) Prurito
anal

Disfagia Regurgitaciones Constipación
Pujo y tenesmo

GENITOURINARIO

Dolor <input type="checkbox"/>	Piura <input type="checkbox"/>	Dismenorrea <input type="checkbox"/>	Patología
<input type="checkbox"/> mamaría			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

Disuria Poliuria Prurito Tipo:

Tenesmo Disuria **Leucorrea SI x**
NO

Características: blanco escaso.

Observaciones: en la semana catorce de gestación. Más infección de vías urinarias remitida con tratamiento.

Hematuria Escurrimiento uretral Glándulas mamarias
adecuadas para la lactancia.

Observaciones:

NERVIOSO

Cefalea Aislamiento Inconsciencia
Miosis

Temblores **Insomnio** **Anisocoria**

Depresión **Falta de memoria** **Midriasis**

Ansiedad

MUSCULOESQUELITO.

Deformidades: óseas, articulares **Crepitación** **Hipertriosis**

Aumento de peso

Y musculares SI NO **ROTS** **Galactorrea**

Hipertiroidismo

Tipo: _____

Mialgias

Polidipsia

Sudoración

Hipotiroidismo

Artralgias

Polifagia

Diabetes

Varices

Pérdida de peso

5.2.5. Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca 13 años. Telarca 12 años Pubarca: 12 años Ciclos: 28

Duración: 3 DIAS Dismenorreica: SI NO

Incapacitante: SI NO

Método de control prenatal: SI NO Tipo de control: hormonal
DIU

Periodo de utilización: 9 AÑOS

Papanicolaou: SI NO Fecha: _____ Resultado:

FUR: 18 DE MAYO 2009 FPP: 25/02/10 SDG: 37

Gestas: 3 Paras: 0 Abortos: 1 Cesáreas: 1

Periodo ínter genésico 11 años Vigilancia prenatal: SI NO

No. De compañeros sexuales: DOS Circuncidados: lo ignora

HISTORIA DE EMBARAZOS PREVIOS.

N. de gestas	Fecha	Parto	Fórceps causa	Cesárea	LUI	Peso del Producto	Observaciones
1	1999	NO		SI		3,400	

2	2005	SI			SI		Ignora la causa.
---	------	----	--	--	----	--	------------------

EVOLUCION DEL EMBARAZO

Complicaciones en:		Malformaciones del	
Embarazos previos	SI <input checked="" type="checkbox"/>	Producto	SI <input type="checkbox"/> NO
NO	<input type="checkbox"/>	X	
Embarazos ectópicos	SI <input type="checkbox"/>		
NO		Muerte neonatal	SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> X	
Embarazo molar	SI <input type="checkbox"/>		
NO	X	Óbito	SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> X	
Preeclampsia	SI <input type="checkbox"/>		
NO	X	Infección de vías Urinarias	SI <input checked="" type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>
Parto prematuro	SI <input type="checkbox"/> NO		
X		Infección genital	SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> X	

Riesgo obstétrico: alto. Paciente añosa. Antecedentes obstétricos, nivel cultural.

EXAMENES DE LABORATORIO

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS DEL PACIENTE	CIFRAS NORMALES	OBSERVACIONES
LEUCOCITOS	11.8	4 A 11	
HEMOGLOBINA	12.2	13 A 16	
EMATOCRITO	35.2	40 A 48	
PLAQUETAS	252		

VI. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

a) Respiración y oxigenación.

Datos objetivos: campos pulmonares bien ventilados. Con una frecuencia respiratoria de 24 por minuto, pulso de 82 por minuto regulares y rítmicas no se escuchan secreciones refiere que fumaba rara vez antes del embarazo no convive con perros y gatos.

Datos subjetivos: no tiene problemas para respirar tampoco al caminar.

A la exploración física: nariz con mucosa bien hidratada con ausencia de secreciones, cuello normal.

Grado de dependencia: independiente.

b) Nutrición/hidratación:

Datos objetivos: sin dificultad para ingerir los alimentos con la ingesta de alimentos pobres en fibra. Refiere no presentar alergias los alimentos consume un vaso de bebidas gaseosas al día.

Datos subjetivos: refiere no tener horarios establecidos y que realiza tres comidas al día sin ningún problema.

A la exploración física. Boca con mucosa bien hidratada, color rosado dentadura completa 30 piezas sin presencia de caries faringe rosada no presencia de inflamación. Lengua rosada sin alteración. Abdomen globoso a expensas de utero gestante, con ruidos peristálticos presente

Grado de dependencia: independiente.

d) Eliminación:

Datos objetivos: evacuación de características normales, orina amarillo claro sin sedimentos.

Datos subjetivos: no refiere molestias al defecar ni ardor al orinar:

A la exploración física: órganos genitales normales de acuerdo a la edad y sexo con salida de líquido amniótico.

Grado de dependencia: independiente.

e) Mantenerse y conservar una buena postura:

Datos objetivos miembros torácicos y pélvicos completos sin datos de lesiones o alteraciones, con un buen llenado capilar coloración normal, dedos y unas completas.

Datos subjetivos: refiere presentar un poco de molestias para caminar.

A la exploración física: postura física **curva** de acuerdo a las semanas gestación,

Grado de dependencia: dependiente.

f) Dormir y descansar

Datos objetivos:

Duerme por las noches ocho horas diarias sin problemas para poder conciliar el sueño solo se levanta por las noches para misionar, durante el día no duerme.

Datos subjetivos: no manifiesta pesadillas:

, duerme generalmente en posición en decúbito lateral derecho e izquierdo e ignoraba cual es la posición que mas favorece a su bebe, refiere que le cuesta un poco de trabajo para poder e incorporarse debido a su embarazo.

Grado de dependencia: independiente parcial.

g) Vestirse

Datos objetivos. Ropa limpia diario de acuerdo a la temperatura, holgada.

Datos subjetivos: cómoda, se cambia diariamente.

A la exploración física: con ausencia de datos de uso de prendas ajustadas.

Grado de dependencia: independiente.

h) Termorregulación

Datos objetivos:

Temperatura corporal de 36.5°C.

Datos subjetivos: refiere que en ocasiones se siente un poco de calor debido al cambio de temperatura.

A la exploración física. Piel de temperatura cálida no coloración anormal.

Grado de dependencia: independiente.

i) Higiene

Datos objetivos: cabello piel y uñas, oídos y ropa limpia.

Datos subjetivos: baño y cambio de ropa diario cepillado de dientes en tres ocasiones durante el día. Presenta agradable olor.

A la exploración física: limpia:

Grado de dependencia: independiente.

j) Evitar los peligros

Datos objetivos: no tiene problemas con los órganos de los sentidos.

Datos subjetivos: refiere tener conocimientos en caso de algún siniestro.

A la exploración física: no presenta datos de algún percance sucedido. Refiere no ser alérgica a ningún medicamento,

Grado de dependencia: independiente.

k) Comunicación

Datos objetivos: no tiene problemas para poder comunicarse.

Datos subjetivos: refiere no tener problemas de audición expresa sus necesidades y temores sin problema.

A la exploración física: se muestra preocupada por su hijo.

Grado de dependencia: dependiente.

l) Religión y creencias

DATOS OBJETIVOS: Religión católica acepta transfusión sanguínea y el uso métodos de planificación familiar:

Datos subjetivos: asiste a misa cada ocho días, rinde culto a imágenes.

Grado de dependencia: independiente.

m) Realización:

Datos objetivos: escolaridad primaria completa, ama de casa, no realización de otra actividad.

Datos subjetivos: refiere no tener problemas de acuerdo a su nivel académico. Su prioridad es su esposo e hijos.

n) Recreación

Datos objetivos: solo ver tele y cuidar de su hijo.

Datos subjetivos: refiere que se siente feliz con su esposo e hijo se dedica solo al hogar.

Grado de dependencia: independiente.

ñ) Aprender

Datos objetivos: conoce algunos de los cambios que ocurren dentro del embarazo, ya que cursa con su tercer embarazo, así como algunos cuidados, así como datos de alarma relacionados a su embarazo.

Datos subjetivos: refiere que ignoraba el riesgo que corre ella y su bebé con la ruptura de bolsa del líquido amniótico.

Grado de dependencia: dependiente.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

	necesidad	datos	conocimiento	voluntad	fuerza	puntos
1	Respiración/ oxigenación	Datos objetivos y subjetivos que no demuestran problema.				0
2	Alimentación. Hidratación.	Datos objetivos y subjetivos no muestran problemas.				0
3	Eliminación urinaria. Eliminación intestinal.	Datos objetivos y subjetivos sin alteración. Sin datos de alteración.				0
4	Movimiento y postura.	Mecánica corporal inadecuada al incorporarse ya que el peso recae sobre su espalda.	x			1
5	Dormir y descansar.	Sin datos objetivos y subjetivos				0

		alterados.				
6	Vestirse.	Datos subjetivos y objetivos que no muestran problema.				0
7	Termorregulación.	Sin datos objetivos y subjetivos que demuestren problema.				0
8	Higiene.	Sin datos objetivos y subjetivos que demuestren problema.				0
9	Evitar peligros.	Datos objetivos y subjetivos sin alteración.				
10	Comunicación.	Se muestra preocupada por su hijo que esta por nacer,	x			1
11	Religión y creencias.	Datos objetivos y subjetivos que demuestren problema.				
12	Realización.	Datos				

		objetivos y subjetivos que demuestren problema				
13	Recreación.	Datos objetivos y subjetivos que demuestren problema.				
14	Aprendizaje.	Falta de conocimiento en relación a su actual embarazo.	x			1

La conclusión diagnóstica, se llevo a cabo, otorgándole un punto a cada fuente de dificultad, en cada necesidad alterada. En la tabla anterior la fuente de dificultad en tres de las 14 necesidades, se debe a falta de conocimiento en relación al riesgo del producto y de la madre, mas no a la falta de fuerza y de voluntad.

7.1 Diagnostico de enfermería

P. Riesgo potencial de hipertermia

E. relacionado a la rotura prematura de membranas.

Objetivo: reducir el riesgo de infección en la mujer.

Disminuir el riesgo de infección por ruptura de membranas.

Diagnostico de enfermería	Intervención. ID: INDEPENDIENTE. D. DEPENDIENTE, ITD.INTERDEPENDIENTE	fundamentación	Criterio de evaluación.	Evaluación.
Riesgo de infección relacionado a la ruptura de membranas amnióticas.	<p>Determinar cuando se han roto las membranas mediante la maniobra de valsaba y tornier</p> <p>ID.-vigilancia de la temperatura local y vaginal.</p> <p>Valorar características del líquido amniótico olor y color.</p> <p>Valorar frecuencia cardiaca fetal</p>	<p>Cuando las membranas se han roto la madre y el feto corren riesgo de se psis.</p> <p>Este dato nos permite ver la presencia de infección.</p> <p>Este dato nos permite ver datos de infección.</p> <p>Ya que la fiebre materna incrementa el</p>	<p>El embarazo terminara sin que la embarazada y el feto desarrollen se psis.</p> <p>Se tomara registro de la temperatura cada hora que nos indiquen datos de infección.</p> <p>color y olor nos permite valorar sufrimiento fatal</p> <p>Se tomara registro de la frecuencia</p>	<p>Se toman decisiones de acuerdo al diagnostico.</p> <p>Se llevo un buen control de la temperatura.</p> <p>Se llevo control de datos de alarma.</p> <p>Se instala toco cardiógrafo reduciendo el</p>

	<p>en búsqueda de indicios de sufrimiento Fetal agudo.</p> <p>Instalar a la mujer en decúbito lateral izquierdo.</p> <p>Propiciar la disminución de valoraciones vaginales.</p> <p>D. mantener una vena permeable administración tratamiento establecido.</p>	<p>riesgo de muerte fetal.</p> <p>En esta posición hay mayor irrigación sanguínea hacia la placenta y el feto recibe mayor aporte de oxígeno.</p> <p>Se reduce el riesgo de infección por bacterias ascendentes.</p> <p>Nos permite actuar oportunamente en bien de la mujer.</p>	<p>cardiaca fetal.</p> <p>Registro de la frecuencia cardiaca fetal</p> <p>Ya que las bacterias que se encuentran en la entrada de vagina son las causantes de infección.</p> <p>Aplicar tratamiento establecido</p>	<p>riesgo en el feto.</p> <p>Control de la frecuencia cardiaca fetal.</p> <p>Se logro llevar un buen control de valoraciones vaginales.</p> <p>Se a inicia tratamiento de acuerdo al diagnostico.</p>
--	---	---	---	---

Diagnostico de enfermería:

P: Ansiedad.

E: relacionado al estado de salud de su hijo.

S. inquietud y expresión verbal.

Diagnostico de enfermería.	Intervención.	Fundamentación.	Criterios de evaluación.	Evaluación.
Ansiedad relacionada con el bienestar fetal las molestias del trabajo de parto manifestado por preocupación verbalizada.	Brindar apoyo emocional	La confianza reduce el temor en la cliente.	Por medio del tacto y la vista valorar los resultados.	Se logro reducir el temor y la inquietud.
	Acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto ofrecerle confianza y confort	Se siente protegida un entorno seguro	valorar el estado emocional	se logro un ambiente seguro y tranquilo.

Movimiento y postura.

Diagnostico de enfermería.	Intervención	Fundamentación.	Criterios de evaluación.	Evaluación.
Incomodidad relacionado a las posiciones del trabajo de parto manifestada por muecas de dolor.	Instruir a la paciente sobre las causas de dolor durante el tercer trimestre. Agrandamiento uterino. -aumento de la producción de hormona asteroideas, Enseñar a la paciente a la inclinación pélvica, y la mecánica corporal adecuada.	El agrandamiento uterino provoca un aumento de la curvatura vertebral lumbosacra y tención de los músculos abdominales, las hormonas esteroideas provocan relajación y ablandamiento de las articulaciones pélvicas,	Le paciente verbalizara correctamente comprensión de las causas del dolor de espalda en el tercer trimestre del embarazo.	Se logro que la paciente comprendiera la causa de la incomodidad.

VIII. CONCLUSIONES

La enfermera profesional requiere del proceso atención de enfermería como método de atención, ya que nos permite identificar los problemas de salud, reales y potenciales, poder brindar una atención individualizada y de forma holística y de calidad el cliente.

La aplicación de este proceso atención de enfermería es de gran utilidad, nos ayuda a desarrollar habilidades para la valoración de las necesidades, como también a identificar los factores de riesgo, incrementando la capacidad de observación de las respuestas humanas de la persona y de la planificación y de la realización de las acciones pertinentes.

La aplicación del proceso atención de enfermería. Define el campo del ejercicio profesional, contiene las normas de calidad, el cliente es beneficiado. Ya que mediante el mismo se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, aumento de satisfacción en el profesional de enfermería,

Al realizar este proceso se plantearon los objetivos. Los cuales se lograron cumplir logrando resultados satisfactorios.

Para mí en lo personal me es de gran utilidad ya que nos permite brindar una atención personalizadas.

IX. SUGERENCIAS

El Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson permite al profesional de enfermería proporcionar cuidados a la persona enferma como a la persona sana, jerarquizando las necesidades mediante una serie de pasos. Disminuyendo así el riesgo de posibles complicaciones y una mejor recuperación en forma integral, el Proceso Atención de Enfermería es flexible, esta sujeto a variaciones y se adapta a cada persona, familia o comunidad.

El Proceso Atención de Enfermería fundamenta nuestros cuidados y nos permite evaluar el logro de los objetivos del plan de cuidados con el propósito de mejorar y mantener la salud en lo posible. es por ello que se aplica este conocimiento para ayudar a Gloria, por que a través de este método se han podido detectar sus necesidades las cuales se enfocan a principalmente a un problema de de riesgo al binomio brindando ayuda a través del conocimiento.

La elaboración de este Proceso me a dejado conocimiento habilidad y experiencia ya que para mi en lo personal me costo dedicación y mucho esfuerzo.

Cabe mencionar que el proceso no solo ayuda en la recuperación de la salud sino que también contribuye a la conservación de la misma aplicándose en todos los niveles de atención.

Es de gran importancia seguir adquiriendo conocimientos en bien del usuario ya que cada día que pasa enfermería implica nuevos retos

X. BIBLIOGRAFÍA

1.-PACHECO Arce Ana Laura. Antología fundamentación teórica para el cuidado.
Ediciones UNAM-ENEO. México 2005.

2.-ALFARO.- Lefevre Rosalinda aplicación del proceso enfermero 5ª edición
Elsevier Masson 2003

3.-MONDRAGON Castro Héctor ginecobtetricia elemental 2º Edición Editorial
Trillas México 2008.

4.-GARCÍA PIÑA A. Flores Fernández V. Hernández Ramírez M.; método
científico y proceso de enfermería; UNAM- ENEO; 2003.

5.-NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación,
Editorial Elsevier. España 2007- 2008.

6.-IYER PATRICIA W., et. Al. Proceso y diagnostico de enfermeria.3ra. Edición en
español. MC.Graw-Hill, México PAG.2, 4

7-ALFARO-Levefre, Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero. 4 ed. En
español.Springer Verlag, Ibérica España, 1999.PAG 73

8.-FERNANDEZ Ferrin Carmen el modelo de Henderson y el proceso atención de
enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995,

9.- **PRESCOTT**, L.M.microbiología. McGraw-Hill interamericana de España, S.A.U.

10.-**MADELYN T.** Nordmark. Bases científicas de la enfermería Anne W
Rohweder manual moderno segunda edición