



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**Proceso Atención de Enfermería Aplicado a una Paciente con
Descompensación Metabólica con Base en el Modelo de
Virginia Henderson**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MARÍA GUADALUPE UGALDE TREJO

No. CUENTA 8321042-8

DIRECTORA DEL TRABAJO

LIC. EN ENF.  AURORA GARCÍA PIÑA



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D. F., FEBRERO, 2005



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

M342144



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DEDICATORIA

A mis hijos
Claudia, Ricardo y Elizabeth

Por ser el impulso de mi vida y lo que más
amo

AGRADECIMIENTO

En estas líneas deseo dar reconocimiento a todos aquellos que contribuyeron de alguna forma a la consumación de este proceso.

Primeramente manifiesto mi infinito agradecimiento a Dios por prestarme la vida y otorgarme salud.

Mención relevante merece mi directora de trabajo Lic. Aurora García Piña, quien me revelo no únicamente una alta calidad humana, sino un profesionalismo y amor por su profesión poco común, además de recibir de su parte apoyo y paciencia que no tengo con que pagar, mil gracias.

A Jaime Ugalde López y María de la Luz Trejo Aranda, mis padres con infinito cariño.

Un merecido reconocimiento al Sr. Vicente E. Por la confianza y apoyo absoluto recibo de su parte.

A todos y cada uno de mis hermanos, pero en especial a María del Pilar, por que fue parte vital de este proceso.

Así mismo a mi amada UNAM por el orgullo de ser Universitario

No menos importante a la ENEO, mi escuela, por que en ella recibí valores y enseñanzas aplicadas en el desempeño de mi carrera.

Injusto sería no reconocer el apoyo incondicional del Señor Eulises, por esa motivación que me otorgo siempre que la necesite.

En la redacción del texto recibí invaluable ayuda del Sr. Fernando, de quien agradezco su orientación y consejo.

A todos y cada uno de mis profesores que de una u otra forma fueron construyendo el escalón que debía subir para lograr esta meta.

A las autoridades del Hospital General Ignacio Zaragoza ISSSTE, por todas las facilidades otorgadas

A la Lic. Guadalupe Valerio Rodríguez y al Sr. Venancio Luis Sánchez Jiménez, por todo su apoyo y comprensión durante toda mi carrera y la elaboración del presente proceso.

A todos y cada uno de mis amigos, quienes entusiastamente han contribuido a la realización de este proceso

Uno de mis hermanos menciona un día, que uno no es rico en dinero si no en amigos, por lo tanto yo soy millonaria, por contar con tanta gente que de una u otra forma me apoya mil gracias a todos y cada uno de Ustedes.

Maria Guadalupe Ugalde Trejo

ÍNDICE

	Pág.
1	INTRODUCCIÓN..... 1
2	JUSTIFICACIÓN..... 3
3	OBJETIVOS 4
4	METODOLOGÍA 5
5	MARCO TEÓRICO
	5.1 Evolución Histórica del cuidado enfermería..... 8
	5.2 Definición de enfermería..... 15
	5.3. Conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson... 17
	5.4. Definición del proceso de enfermería y sus etapas..... 22
	5.5 Diabetes Gestacional..... 31
6	PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO..... 38
7	DESARROLLO DEL PROCESO
	7.1 Valoración de la 14 Necesidades..... 41
	7.2 Conclusión Diagnóstica de Enfermería..... 48
	7.3 Plan de cuidados 51
8	CONCLUSIONES..... 68
9	SUGERENCIAS..... 69
10	BIBLIOGRAFÍA GENERAL..... 70
11	GLOSARIO DE TERMINOS..... 72
12	ANEXOS
	12.1 Embarazo..... 76
	12.2 Instrumento de Valoración..... 80

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Gestacional es una condición patológica que complica el embarazo con influencia en el futuro de la persona y de su hijo con una alta prevalencia de mortalidad que ocupa el 8vo lugar en nuestro país, siendo que el 0.3 % de las mujeres en edad fértil son diabéticas, el 0.2-0.3 % de todos los embarazos se conoce que la mujer ha tenido diabetes previa a la gestación y el 1.14% de los embarazos se complica por esta situación. INEGI (1999-2001)

El 80% de estos casos parece deberse a una deficiente respuesta pancreática, incapaz de compensar la insulinoresistencia fisiológica del embarazo; el otro 20% parece deberse a un incremento de la insulinoresistencia con respecto al embarazo normal.

La mujer con diabetes gestacional tiene a corto, medio o a largo plazo un riesgo incrementado de padecer diabetes mellitus y datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia y enfermedad cardiovascular.

Teniendo como base estos datos se elabora el presente Proceso Atención de Enfermería con base en el Modelo de Virginia Henderson; abordando los siguientes puntos:

Metodología nos da una guía clara de cómo se aborda a la persona a su llegada a la clínica, marco teórico que nos introduce a conocer parte de la historia de la Enfermería citada por varios autores, Conceptos y Modelos de Virginia Henderson, una definición del Proceso de Enfermería y sus etapas que mostrándonos un claro panorama de lo que es la Enfermería y su aplicación, por otro lado se trata la Diabetes Gestacional, para tener sustento metodológico sobre el tema a seguir.

De igual forma se presenta el caso clínico y el Desarrollo del Proceso en el cual incluyo Valoración de las necesidades de la paciente, para elaborar una conclusión diagnóstica de enfermería, para elaborar un plan de cuidados aplicarlo y evaluarlo, elaboró conclusiones y sugerencias para dar mi punto de vista del trabajo en general.

Se incluye para finalizar las referencias bibliográficas, glosario de términos y anexos.

JUSTIFICACIÓN

Al laborar en el área de Ginecología del Hospital Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE, me percate de las complicaciones que la Diabetes gestacional traía a las pacientes, que puede presentar un alto riesgo de que el producto tenga diversas complicaciones, éstas dependen del mes de embarazo, pues si es un embrión, éste tal vez tenga malformaciones o la posibilidad de suscitarse un aborto; si es un feto, tendrá problemas de madurez, retraso de crecimiento o macrosomía, y en caso de que se haya logrado el nacimiento se podría manifestar hipoglucemia, así que decidí tomarlo como un punto de partida para valorar a una persona que se encuentra en el último trimestre de embarazado, me pareció un tema adecuado para elaborar el presente proceso, ya que es un problema de salud que se puede prevenir con anticipación o limitar los daños, orientar cuidados en la persona diabética.

Y siendo la diabetes una enfermedad que le puede afectar la vida por completo a la gestante y a su bebe es necesario que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, haga conciencia y conozca todos los riesgos perinatales, para prevenir muertes maternas innecesarias y complicaciones o riesgos para el producto.

Esto se puede lograr si se da un seguimiento de la diabética gestacional en un nivel primario y de esta manera evitaremos consecuencias graves al final de la gestación

OBJETIVOS

General

- ❖ Aplicar el modelo de Virginia Henderson al proceso de enfermería en una persona embarazada con trastornos metabólicos; para identificar necesidades dependientes y proporcionar los cuidados de enfermería con enfoque holístico, para lograr la satisfacción de estas.

Específicos:

- ❖ Construir diagnósticos de enfermería a través de los datos obtenidos.
- ❖ Planificar los cuidados de Enfermería, para cubrir los objetivos
- ❖ Ejecutar y evaluar los cuidados de cada necesidad.

METODOLOGÍA:

Para realizar el presente proceso atención de enfermería se selecciono una persona del Hospital Regional de Zona ISSSTE Zaragoza, en el servicio de ginecología.

En el proceso atención de enfermería se utilizo la investigación documental y la de campo, En la documental: se busco bibliografía, en libros, revistas, otros procesos, e Internet de temas relacionados a la patología de interés, para realizar el marco teórico a través de la información recolectada, en la de campo: Se utilizo la entrevista directa, exploración física e interrogatorio.

Se realizo la recolección y organización de los datos relacionados con el instrumento metodológico (anexo 2) ,se emplea el método clínico a través de exploración Céfalo caudal, utilizando la observación, palpación, percusión y auscultación de la persona, la obtención de datos se realiza a través de la entrevista directa a la persona e indirecta a sus familiares se proporcionan cuidados de enfermería durante su estancia en el servicio de ginecología, posteriormente se revalora su estado de salud en el servicio de alojamiento conjunto durante 7 días aproximadamente.

Etapa de Diagnóstico: En esta etapa se establece un juicio o conclusiones que se producen como resultado de la valoración que permite conocer el grado de dependencia de las necesidades básicas del adulto maduro.

Etapa de Planeación.- Se jerarquizan los diagnósticos, se establecen objetivos e intervenciones de enfermería, individualizados.

Etapa de ejecución son las acciones de enfermería llevadas a cabo así como su fundamentación científica.

Etapa de evaluación.- Se lleva a cabo en forma continúa valorando las respuestas y evolución que tiene la persona

En el Plan de alta.- La persona será capaz de ser independiente en su auto cuidado.

MARCO TEORICO

5.1. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero.

A partir de la revisión documental de diversos autores he construido este subtema desde el punto de vista de la evolución del cuidado de enfermería, incluyendo la concepción de salud y enfermedad; desde las sociedades primitivas hasta nuestros días; concluyo finalmente que dicha revisión me ha servido para poder definir a la disciplina, a través de las etapas abordadas.

La Enfermería a través del tiempo ha dejado de ser una simple ocupación de cuidadora, para convertirse en una profesión altamente calificada en el ámbito disciplinario de la atención a personas, sin tomar en cuenta raza, color, credo o estatus social, a través de la historia podemos conocer como se ha desarrollado.

Cuando el hombre reconoció por instinto una fuerza superior, extraña y por encima de sí mismo, que actuaba como directriz de los elementos y del universo como reacción natural, se inclinó en adoración de esta misma fuerza, su vida era una constante lucha contra estos elementos naturales y la experiencia le mostró que algunos fenómenos le eran favorables y otros desfavorables, su fantasía empezó a crear los dioses, había dioses del mal o espíritus causantes de sus desgracias, y dioses o espíritus buenos que le ayudaban en sus empresas. Los espíritus eran, según su creencia, los responsables de la salud y de la enfermedad. Razonable era entonces tratar al mal espíritu para curar al paciente mediante una terapéutica que consistía en asustarlos para que saliera fuera de su cuerpo.

Por esta razón en las sociedades primitivas la salud es considerada como un don natural y tiene un valor de supervivencia. Las actividades encaminadas a mantener la salud, entendida ésta como supervivencia, están dirigidas a la conservación y mantenimiento de la vida de las personas, como la alimentación, el abrigo y lo relacionado con el nacimiento y crecimiento de la prole.

Dentro de las comunidades primitivas la estructura social reconoce el poder y la capacidad de personas de la propia comunidad (brujas, sanadoras, parteras etc), para mantener la vida de quienes corren el peligro de perderla, y la importancia de

los cuidados como facilitadores de bienestar, son remedios que contribuyen al bienestar de la persona cuando se producen los resultados deseados, cada vez que ocurre una situación similar, se repiten las mismas actuaciones sin saber exactamente las causas que provocan la mejoría y esto se va transmitiendo oralmente, de generación en generación, de una forma más o menos abierta.

Esta es la época en la que la salud tiene un significado de supervivencia, y dadas las condiciones de vida y de estructura social que a su vez son las que propician esta concepción, los problemas se abordan, al igual que otros, en el grupo familiar o vecinal no existiendo una atención sanitaria organizada fuera de estos núcleos.¹

Con el paso del tiempo, las comunidades se van haciendo sedentarias, se desarrolla la agricultura, aumenta la producción de alimentos y con ello, el promedio de vida. Las comunidades van siendo más amplias hasta llegar a formarse las urbes.

En las primeras sociedades, la salud y la enfermedad eran estados que se aplicaban desde valores sobrenaturales, místicos, cosmogónicos, etc., hechos que no podrían ser explicados ni controlados por las personas.

A las prácticas cuidadoras en las que se utilizan recursos naturales (hierbas, barro, calor, etc.) se incorporan otros remedios como son los numerosos ritos mágicos que, combinados con los cuidados físicos y naturales, tratan de expulsar a dioses, demonios y espíritus malignos del cuerpo de la persona.

El entender la salud y la enfermedad desde la visión del funcionamiento biológico de la persona, hace que la asistencia a las personas se torne más humana. Quienes se dedicaban al cuidado de las personas dejan de ser el puente de enlace entre Dios y la persona y pasan a centrar su interés en ésta y a tratar de explicarse lo que ocurre y solucionarlo, en los escritos hipocráticos existen referencias claras

¹Sister Mery Fran, Sor. T Desarrollo Historico de la Enfermería. pag. 7- 9

a los cuidados relacionados con el uso de cataplasmas, dietas, la utilización de frío, calor, masajes y vendajes, baños, higiene etc.

El final de la antigua clásica coincide con el surgimiento del Cristianismo. Aunque las diferencias de clases son muy marcadas, el cristianismo provoca que las manifestaciones de la atención que se ofrece a las personas, en esta época de la historia, sean menos clasistas y más igualitarias. Se siguen utilizando prácticas arraigadas en el saber popular, místicas, etc., y además se incorporan actos religiosos como el consuelo en especial a la hora de la muerte.

El efecto del cristianismo sobre la Enfermería ha sido definitivo, incluyendo en la formación de las enfermeras y confiriendo a los cuidados actitudes y valores (espirituales y religiosos) presentes durante mucho tiempo. Para Santo Tomas, el cuidado de las personas se aborda desde planteamientos caritativos por que la caridad es un precepto cristiano y los pobres y los enfermos, por ser considerados como la imagen de Dios, ocupan un lugar predominante en el cumplimiento de estos preceptos.

En los principios de la formación y practica de la enfermería, que desarrolla Nightingale están presentes aspectos que se derivan de esta ideología, parte de la indumentaria reciente de las enfermeras (cofia, manguitos, y en general el tipo de uniformes) se semejan bastante a los hábitos de las monjas y la creencia, hasta no hace mucho tiempo generalizada, de que para hacer Enfermería, había que tener vocación, será la base ideológica que va a sustentar su quehacer cotidiano.

En cuanto a la influencia en la formación enfermera, puede decirse que los valores espirituales y religiosos han estado presentes prácticamente hasta la integración de los estudios de Enfermería en la universidad.

A modo de conclusión hay que tener presente que la Enfermería religiosa fue posible en las circunstancias de referencia y que algunas de sus motivaciones éticas fueron inductoras de un cierto desarrollo profesional. De la misma manera

hay que reconocer que los valores del cristianismo, en nuestra cultura han marcado una manera de entender y hacer la Enfermería.

Por otra parte las concepciones igualitarias de la sociedad liberal provocan que al igual que la instrucción o el trabajo, la salud comience a concebirse como un derecho de todas las personas y una adopción por parte de la sociedad.

Durante este tiempo y hasta la década de los años sesenta, la atención a la salud tiene una finalidad fundamental curativa, de tratamiento de la enfermedad, que provoca un fuerte desarrollo de hospitales debido a la demanda. La atención se centra en el tratamiento de la enfermedad y en la prevención de enfermedades transmisibles a través de campañas de vacunación entre otros.

Se comienza a desarrollar el estado del bienestar y un sistema de atención a la salud de cobertura universal, con un modelo de atención orientado hacia la promoción de la salud y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.

Con la proliferación de las campañas se produce un incremento de las necesidades de enfermeras y en muchos de ellos se crean escuelas de enfermeras para satisfacer las demandas, y además formarlas de acuerdo a sus propias necesidades y orientación.

En la década de los años ochenta se produce en nuestro país una significativa evolución en la atención a la salud hacia un sistema de atención, en el sentido mas amplio e integral, Esto es debido a la historia declaración de la Organización Mundial de la salud resultado de la conferencia de Alma- Ata (1978) por la que la salud, se entiende como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, es un objetivo que requiere la participación de enfermería además de otros sectores de la salud.

A la lógica salubrista se incorporan intervenciones sociales, diversos estudios históricos y recientes demuestra que las mejoras en la salud son el resultado de que se han venido produciendo en el modo de vida de las personas y los grupos en

cuanto a vivienda, higiene, condiciones laborales, hábitos de cuidados etc. mas que de los avances de la medicina.

La atención enfermera se centra en los cuidados de salud que precisan las personas enfermas y a los cuidados dirigidos a la promoción de la salud.

Se amplía el círculo de competencias de la enfermería para ofrecer los cuidados en el medio familiar y comunitario, a las personas y grupos, dando gran importancia a las ciencias humanas y sociales para poder comprender a la persona en su globalidad y en relación con su entorno y desarrollar y aplicar la ciencia enfermera, para abordar con garantías las necesidades y problemas de cuidados de salud.

Como venimos observando, la enfermería es un fenómeno social que ha estado influido por los hechos y valores sociales que acontecen a su alrededor en cada momento y que le han ido configurando a lo largo de la historia. Una profesión es lo que sus miembros opinan y dicen de ella y lo que las personas opinan de la labor que desarrolla.

La imagen de la enfermera, tanto a la propia profesión como en la construcción de su imagen social, ha estado determinada por valores de su pasado que son más o menos arraigados en un momento u otro. Así, podemos hablar del comienzo de la ocupación de la enfermería, no podemos hacerlo, sin embargo, de la institucionalización de la enfermería como profesión. Es necesario destacar que esta participación autónoma de la mujer en el cuidado a las personas es posible por la mejora que experimenta la posición social de la mujer.

Pondremos como ejemplo a América latina donde las primeras escuelas se abren al finalizar el siglo anterior pasado, cuando sólo podía exigirse a las candidatas una preparación de primaria elemental, las dirigentes de estas escuelas son religiosas o enfermeras extranjeras, las alumnas no pueden reclutarse de entre las clases más elevadas, por razón de los prejuicios sociales que no aceptan otro lugar para la joven que el hogar, en donde, semiciosa esperan el matrimonio.

Muchos médicos latinoamericanos se preparan en Europa; cuando después de la primera guerra mundial empezaron a ir a los Estados Unidos, se dieron cuenta del movimiento de la enfermería moderna que se desarrollaba bajo el impulso recibido por Florence Nightingale. Entonces pensaron en la posibilidad de una asistencia más inteligente en su profesión, de parte de la enfermera seglar.

La segunda guerra mundial vuelve a hacer obvia la necesidad de enfermeras con una preparación adecuada, la crisis económica lanza a mayor número de mujeres a ganarse la vida y los prejuicios anteriores van rompiéndose. El nivel cultural de la mujer sube considerablemente, Chile va a la cabeza en la preparación de sus enfermeras, donde las candidatas llenan los mismos requisitos exigidos a los estudiantes de medicina.

México no se queda a la zaga; la mujer mexicana generosa y alerta, lanza su entusiasmo por los caminos de la ciencia y del arte de curar y se coloca junto al médico, preparada y dispuesta para colaborar con él eficazmente en la lucha eterna por la salud. El puñado de enfermeras de principio de siglo pasado crece y se multiplica; el nivel cultural de las mismas asciende, las dirigentes surgen, hoy por hoy, la enfermería nacional lleva un ritmo rápido en su desarrollo.

La asistencia de las y los enfermeros de la América Latina y de México a los congresos internacionales de enfermería, los ponen al tanto del adelanto de la profesión en el mundo. ²

Como conclusión señalaré que:

" La historia de la enfermería es esencialmente la historia de la mujer ". (Donahue)
Conocer la historia de la enfermería nos da el sentido de que es una situación cambiante caracterizada con un equilibrio entre el sentido de rectitud, honestidad, responsabilidad y comprender que el quehacer enfermero pasó por muchas etapas

² Sites González Jose, Historia de la Enfermería, pag 26-27
Sister Mery Frank, Sor T. Desarrollo Histórico de la Enfermería. pag 3

desde las cuidadoras, los religiosos hasta las enfermeras actuales y entender su evolución nos da la pauta a seguir y a formar un criterio propio de la persona que decida dedicarse a tan noble labor

5.2 Definición de Enfermería

Las sanadoras, los religiosos, las enfermeras y toda aquella persona que ha realizado un acto de cuidado en apoyo de otro ser humano tiene el privilegio de ser llamado enfermero (a)., pero a caso nos hemos preguntado todos los enfermeros y las enfermeras ¿ Que es la enfermería?, Quienes o quien se ha tomado la molestia de describir que es la enfermería través del tiempo han destacado los preceptos de las siguientes personas que han desarrollado las siguientes teorías:

Florence Nightingale definió la enfermería hace unos cien años como

“ La actuación sobre el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación”

(Nightingale 1860). Para ella, un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era fundamental para recuperar la salud.

Considerada como la primera enfermera teórica Nightingale elevó la Enfermería al status de profesión. Anteriormente, se las consideraba como amas de llaves y no como personas dedicadas al cuidado de los pacientes.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras "modernas" que definió la profesión de la siguiente manera:

“La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible”

Como Nightingale, Henderson habla de la enfermera relacionándola con el cliente y su entorno. A diferencia de Nightingale, Henderson vio a la enfermera en relación con los individuos enfermos y sanos, reconociendo que las enfermeras trabajan con la persona aunque su recuperación no pueda ser posible, y mencionando los roles de enseñanza y de intercepción de la enfermera. Asociación (CNA) público una definición en 1984 que se utiliza como modelo profesional por las enfermeras de Canadá.³

“La Enfermería” o “La práctica de la Enfermería” significa, la identificación y el tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la práctica y supervisión de funciones y servicios que directamente o indirectamente, en colaboración con un cliente o equipo de salud, aparte de las enfermeras, tiene como objetivos la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, alivio del sufrimiento, restauración de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de enfermería (CNA Conexión 1984)

Como hemos visto a la Enfermería la han definido de varias formas, pero queda claro que es una forma de ayudar, de proteger, de cuidar, de prestar un servicio al cliente para que recupere su salud o logre una muerte digna y tranquila, tanto se ayuda al cliente como a sus parientes, tratando siempre de dar lo mejor de si mismo, sin esperar otra cosa que el restablecimiento de la persona.³

La Enfermería siempre ha formado parte de la humanidad, como cuidadoras, o profesionales con certificados y es obligación de la enfermera devolverle la, autosuficiencia en su cuidado.

³ Kozier Barbara. All Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica Tomo 1, pag 3-5

5.3 Conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de Enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva la persona. Sin embargo, para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, el pensamiento de esta enfermera.

Definición del rol de la enfermera según Virginia Henderson:

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar a la persona enferma o sana a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos), para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.

Encontramos de nuevo en esta definición y en la obra de Henderson conceptos clave que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

POSTULADOS:

En los postulados que sostienen al modelo, descubrimos el punto de vista de la persona que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson la persona sana o enferma es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son:

Necesidad Fundamental. Necesidad Vital, es decir todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia. Satisfacción de una de las necesidades de la persona, a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia. No satisfacción de una o varias necesidades de la persona por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de Dependencia. Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en la persona.

Manifestación. Signos observables en la persona que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades

VALORES:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición mencionada anteriormente.

Si nos referimos al ejercicio de la profesión enunciado anteriormente, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Inspirándose en la obra de Virginia Henderson, los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera.

Objetivos. Conservar o recuperar la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Persona. Ser humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial.

- ❖ 1.- Respirar
- ❖ 2.- Beber y Comer
- ❖ 3.- Eliminar
- ❖ 4.- Moverse y Mantener Buena Postura
- ❖ 5.- Dormir y Descansar.
- ❖ 6.- Vestirse y Desvestirse.
- ❖ 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- ❖ 8.- Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- ❖ 9.- Evitar los peligros.
- ❖ 10.-Comunicarse con sus semejantes.
- ❖ 11.-Actuar según sus creencias y sus valores.
- ❖ 12.-Ocuparse para realizarse.
- ❖ 13.-Recrearse.
- ❖ 14.-Aprender

La persona debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera. El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que el mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan esencialmente hacia la independencia de la persona en la

satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo mas rápidamente posible.

Fuentes de dificultad. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos. Sin embargo, en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debido a la falta de voluntad.

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Puede ser concebida de cuatro maneras:

- | | |
|--|---|
| 1.- Factor de orden físico.- | Atentado de la integridad física debido a:
Insuficiencia intrínseca del organismo.
Insuficiencia extrínseca del organismo.
Desequilibrio del organismo.
Sobrecarga del organismo. |
| 2.-Factores de orden Psicológicos.- | Atentado en la integridad del yo.
Atentado en la integridad social (relación con el medio y el entorno). |
| 3.- Falta de conocimiento | Insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio. |

Intervenciones.- El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir, la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene a nivel de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por la persona. Así las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar las acciones realizadas por la persona para satisfacer sus necesidades. Las formas de suplencia son indicadores de intervención frente a las fuentes de dificultad identificadas; es por ello que la utilización de verbos de acción permite determinar más adecuadamente las intervenciones apropiadas.

Consecuencias Deseadas. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson, es evidente que la enfermera apunta como consecuencias deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. En resumen el modelo conceptual de Virginia Henderson nos da el "cuerpo de conocimientos" de los cuidados de enfermería

Comunicación Enfermera-Persona

El proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con la persona. En efecto resulta esencial para la enfermera, además de la recolección de datos, de la planificación de los cuidados y de la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con la persona. Por ello, debe presentarse adoptando actitudes de cálido respeto, de comprensión, empática, de autenticidad y de consideración positiva. Es decir que la comunicación eficaz entre enfermera y persona es muy exigente y exige grandes y continuos esfuerzos a la enfermera, pero ella sabe que es indispensable para ayudar a la persona a vivir una situación difícil.⁴

⁴ Phaneat, Mragot M.A Cuidados de Enfermería, pag 2-5.

5.4 Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Consta de cinco etapas Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a las personas a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.

Permitir a las personas o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible

Las etapas del Proceso de Enfermería son"

1.-Valoración:- Corresponde a la recolección de datos. Mediante la recopilación de datos, basada en la observación y la entrevista a la persona así como en toda fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

En este paso se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre la propia persona, su

familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

Obtención de datos.

La labor de recopilación y posteriormente análisis de datos se basa unas veces en la observación directa, ya sea en forma de signos clínicos o bien de referencias verbales claras recolección en el curso de la entrevista o la exploración, mientras que en otras ocasiones deriva de un proceso de deducción, a partir de la interpretación de expresiones y referencias indirectas.

Entre los datos a obtener, pueden diferenciarse unos que son objetivos, detectados directamente por el personal de enfermería, y otros que son subjetivos, facilitados por la propia persona y dignos también de toda consideración. En cualquier caso, la recolección de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección y clasificación, puesto que toda la información recabada, incluyendo la subjetiva, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participe en la atención de la persona.

En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia recojan información sobre los siguientes ámbitos:

Información de carácter general: Nombre, Edad, Sexo, Estado Civil, Lugar de Residencia etc.

Características Personales: Idioma, Raza, Religión, Nivel Socioeconómico, Nivel de educación. Ocupación etc.

Hábitos: Estilo de vida, Tipo de alimentación, Hábitos de defecación, Pautas habituales de ejercicio o actividad física, Hábitos de descanso, Relajación y Sueño, Higiene Personal, Ocio y Actividades recreativas, etc.

Sistemas de Apoyo: Familiar, Comunitario y Social,

Antecedentes personales y Familiares relacionados con la salud: Antecedentes hereditarios, Enfermedades Pasadas y actuales, Embarazos, Intervenciones Quirúrgicas, Accidentes, etc.

Estado Físico: Constantes vitales, Pulso, Temperatura corporal, Presión arterial, Frecuencia respiratoria, Peso y Talla,

Funciones fisiológicas: Estado de conciencia, Patrones de respiración, Alimentación, Excreción, Sueño, Movimiento, etc

Datos procedentes de los diversos métodos de exploración física general (Inspección, Auscultación, Palpación, Percusión) que reflejen la situación actual de la persona.

Datos Biológicos: Grupo sanguíneo y Rh, Déficit sensoriales o motrices, Alergias, Uso de Prótesis, Resultado de pruebas disponibles etc.

Datos Psicosociales: Nivel de estrés, Ansiedad, Sufrimiento o confort, Estado emocional y mental, Situación de crisis, Grado de autonomía, Nivel de comunicación, Adaptación personal y cultural, etc.

Fuentes de Información:

Los datos útiles requeridos para la valoración del estado de la persona y sus necesidades pueden provenir de diversas fuentes, si bien cuando resulta posible se considera que la información primaria debe obtenerse a partir del propio paciente, a través de la entrevista y el examen físico, los datos de laboratorio y los resultados de las pruebas complementarias.

La entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés pero, donde también se brinda a la persona la oportunidad de expresarse

libre y espontáneamente, animándolo a sí mismo a manifestar sus sentimientos y preocupaciones. El cuestionario debe cubrir diversas áreas de interés, y para que sea completo conviene recurrir al uso de formularios preestablecidos, en especial si no se tiene suficiente experiencia. No obstante, se trata no solo de preguntar y escuchar con atención las respuestas de la persona, sino también de mirar sus expresiones faciales y gestos, así como de advertir la forma en que habla y traduce de forma no verbal sus emociones, puesto que todo ello puede brindar una información de inestimable importancia que, de otra manera, podría llegar a pasar inadvertida.

También debe tenerse en cuenta la información procedente de fuentes secundarias, como son las aportaciones de familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensables en ciertos servicios: Urgencias, Pediatría, Psiquiatría), Así como los datos registrados en la historia clínica actual o en alguna anterior y los informes derivados de los demás miembros de los equipos de salud.

Como complementación. Cabe recurrir al material bibliográfico oportuno que permita adquirir o reforzar los conocimientos indispensables para elaborar un análisis crítico de la información obtenida (libros, revistas especializadas), así como recabar la información conveniente de expertos o profesionales con conocimientos específicos en determinados ámbitos.

La obtención de datos, aún constituyendo el punto de partida de la actuación de enfermería, debe ser continua mientras persista la relación con la persona.

A lo largo de su trabajo, pues, el personal de enfermería no debe dejar de observar, indagar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a la persona a su cargo, dado que de este modo probablemente se adquiera una información capaz incluso, de aconsejar una modificación o el replanteamiento del proceso de enfermería en cualquier punto de su desarrollo.

2.-Diagnóstico.- La segunda fase del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos obtenidos en la etapa previa

Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta la persona y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata pues de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades de la persona, así como para plantear los cuidados de enfermería oportunos, gracias a esta fase de los procesos puede sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta la persona y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atención adaptado a sus necesidades. Por otra parte, la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano. De este modo pueden determinarse las alteraciones presentes en la persona o que la propia persona experimente, los problemas actuales y potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación.

Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de su autonomía de la persona; indagar las causas que provocan las dificultades que presenta la persona; establecer prioridades; y prever posibles consecuencias. Siempre debe tenerse en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, Psicológico, Social, Cultural o Espiritual) que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formulación del Diagnóstico de Enfermería.

3.-Planificación de cuidados.- En esta fase sobre los datos recabados en la etapa de valoración y en la de diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de

establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo el proceso de enfermería

Esta fase requiere el establecimiento de un orden de prioridades y objetivos, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raros, a partir de esta jerarquización se pueden estipular los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería, para solventar los problemas de la persona y suplir aquellos factores que ella no puede llevar a cabo por sí misma para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia.

Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza: de índole psicomotriz, Cognitiva, Afectiva etc. Puede tratarse de objetivos a corto, a medio o a largo plazo, así como de objetivos circunstanciales, o de objetivos permanentes, según sean las características de cada caso.

Una vez establecido el orden de prioridades, se intenta determinar, con la máxima precisión posible el conjunto de intervenciones necesarias, para alcanzar los objetivos propuestos, en este sentido, deben contemplarse las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería para poder conseguir el bienestar de la persona y su mejoría, así como las acciones que deberán demandarse a la propia persona y sus familiares, asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas en un intento de lograr la mayor independencia de la persona.

También deben planificarse los elementos de vigilancia y evaluación para lo cual es necesario que los objetivos de intervención sean personalizados y mensurables.

El Plan de cuidados además de ser una herramienta básica para el trabajo del profesional que tiene a su cargo a la persona, constituye también un instrumento de comunicación y de unificación de las intervenciones del equipo de salud.

Participación de la persona

La formulación del plan de actuaciones debe contemplar, siempre que sea posible y en función de su estado de salud física y mental la colaboración de la persona. La cooperación de la propia persona en la confección del plan de atenciones, tanto en lo referente en la estipulación de prioridades como en lo que respecta a la determinación de los cuidados oportunos, resulta de la máxima utilidad a la hora de solicitar su participación activa durante el curso del proceso.

4.-Ejecución.- Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborando previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean sus necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. De todos modos, aun cuando en un primer tiempo los cuidados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería, a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que la responsabilidad pase progresivamente a la persona de este modo ira adquiriendo independencia, a la par que se produce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

En esta fase, la relación entre personal de enfermería y la persona adquiere su máxima significación. En este sentido, no sólo se debe tener la resolución de los problemas de salud concretos de la persona, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades. Siempre debe tenerse presente que tan importante como la aplicación de técnicas médico-quirúrgicas son factores tales como la comunicación, la comprensión y el apoyo psicológico y emocional de la persona que sufre.

Durante la fase de ejecución la comunicación entre el personal de enfermería y la persona, verbal o no verbal adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución.

Cabe destacar que, a lo largo de esta fase, el plan de actuaciones previo se utiliza sencillamente como guía, puesto que se continúan obteniendo informaciones sobre el estado de la persona y su respuesta a las atenciones y ello puede imponer una modificación o complementación de estrategias.

5.-Evaluación.- La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determinan hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado de la persona.

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones de la persona a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero a la par pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso, que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.⁵

Beneficios del uso del Proceso de Enfermería:

- ❖ Proporciona un método organizado para signar cuidados de enfermería.
- ❖ Previene omisiones y repeticiones innecesarias.
- ❖ Ayuda a las enfermeras a adaptar las intervenciones al individuo (no a la enfermedad)

⁵ Gispers Carlos y Otros, Manual de la Enfermería, pag. 1-10

- ❖ Ayuda a las personas y familias a darse cuenta de que su apoyo es importante y de que sus recursos son valorados
 - ❖ Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
 - ❖ Proporciona una mejor comunicación.
 - ❖ Ayuda a las enfermeras a tener la satisfacción de conseguir resultados.⁵
-

5.5 Diabetes Gestacional:

Diabetes.- Es un conjunto de trastornos que se caracterizan por intolerancia a la glucosa. Las manifestaciones más importantes abarcan alteraciones del metabolismo de la insulina, de los hidratos de carbono, de las grasas y de las proteínas, así como alteraciones de la estructura y de la función de los vasos sanguíneos y de los nervios.

Diabetes Gestacional: Intolerancia a la glucosa variable que aparece o se reconoce por primera vez en el embarazo.

Esta definición es válida tanto si se utiliza o no insulina para un adecuado control metabólico, o si la condición de intolerancia a la glucosa persiste aún después del evento obstétrico.

Fisiopatología:

El páncreas es una glándula de 7 a 10 centímetros, que se localiza por debajo del hígado. Las células beta del interior de los islotes de Langerhans producen la insulina corporal y la liberan en el espacio intersticial; desde ahí, la insulina es eventualmente adsorbida por el flujo sanguíneo donde ayuda a mantener los niveles de glucemia.

En las personas diabéticas la regulación de los niveles de glucemia fracasa a consecuencia de la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de las grasas. El grado de alteración de estas vías metabólicas depende del grado de insuficiencia de insulina o de resistencia a la insulina (incapacidad de usar la insulina, por ejemplo si las propias células poseen un número de receptores de insulina inadecuado).

Los cambios metabólicos que tienen lugar en las personas de diabetes tipo I y tipo II, son los siguientes:

Hidratos de Carbono.- Sin insulina o con ella, pero que no puede utilizarse (resistencia a la insulina), las células no pueden almacenar glucosa ni utilizarla como combustible energético el resultado. Hiperglucemia, el proceso es el siguiente:

Cuando existen cantidades de insulina insuficientes para inhibir la glucogenólisis, el hígado produce glucosa a partir de glucógeno. Ciertas hormonas, como la gastrina, también aumentan los niveles de glucosa en sangre, estimulando la secreción de glucagón por las células alfa. Si estos dos mecanismos se desequilibran, el cuerpo no producirá más glucosa, puesto que algunas necesidades metabólicas ya estarán cubiertas. Sin embargo, si no hay insulina, o si esta es insuficiente, el cuerpo producirá demasiada glucosa dando lugar a hiperglucemia.

Grasas.- Sin la presencia de insulina las grasas se transforman en ácidos grasos libres que circulan libremente por el torrente sanguíneo. Al alcanzar el hígado, serán metabolizados produciendo cuerpos cetónicos. Cuando los mecanismos de compensación fracasan, los cuerpos cetónicos se acumularán y dan lugar a cetoacidosis.

Proteínas.- Sin la presencia de proteínas no puede lograrse la reparación ni el crecimiento celular, el déficit grave de insulina se acompaña de la pérdida de proteínas y los aminoácidos se acumulan en el torrente sanguíneo. A consecuencia de la ausencia del efecto inhibitorio de la insulina, también se estimulará la glucogénesis.

Efectos Clínicos.- A consecuencia de la depleción de proteínas y grasas, se estimulará el apetito del paciente (**polifagia**), así el organismo intenta obtener los nutrientes necesarios para invertir el estado catabólico.

Al aumentar el nivel de glucosa, también aumenta la presión osmótica plasmática y, en consecuencia, hay pérdida del agua de interior de las células. Cuando se sobrepasa el dintel renal para la glucosa aparece glucosuria; posteriormente, dado que la glucosa arrastra agua, se presenta también (**poliuria**). La sed también

aumenta (**polidipsia**): es un mecanismo de compensación para restablecer la pérdida de líquidos por los riñones y las células.

Características de la Diabetes Tipo II

Características	Tipo II
Nombre anterior	❖ Diabetes del adulto ❖ Diabetes estable
Edad de inicio	❖ Mas de 40 años
Forma de inicio	❖ Progresiva
Porcentaje de pacientes diabéticos	❖ 90%
Incidencia de obesidad	❖ Presente el 80% de los pacientes
Cambios fisiológicos	❖ Déficit de receptores de insulina ❖ Receptores alterados ❖ Anticuerpos antireceptor ❖ Defecto de la membrana celular ❖ Defecto intracelular que impide la utilización celular de glucosa ❖ Alteración de la liberación de glucosa ❖ Alteración de la liberación de insulina
Incidencia de cetoacidosis	❖ Poco probable. Si aparece cetosis, a menudo esta relacionada con tensiones.
Producción endógena de insulina	❖ Presente.

Diabetes Gestacional (DG)

La presencia de diabetes gestacional (DG), conduce a una serie de complicaciones que afectan a la madre y al hijo, tanto durante su propia gestación como posterior a la misma.

La Diabetes Mellitas Gestacional (DG) se produce en mujeres susceptibles de diabetes a causa de la acción antiinsulinica de las hormonas (lactógeno placentario humano y gonadotropina corionica humana) producidas por la placenta. La diabetes mellitas gestacional se presenta, por tanto, en la segunda mitad del embarazo, a medida que aumenta el tamaño de la placenta. La diabetes que aparece en la primera mitad del embarazo es probable que estuviera presente previamente, pero sin ser detectada.

La resistencia insulínica y la hiposecreción de insulina acompañante, propia de la diabetes gestacional. Conllevan en último término a una disminución global de la actividad insulínica que ocasiona una alteración del "medio de cultivo materno", con incremento plasmático de glucosa aminoácidos, colesterol, triglicéridos, ácidos grasos libres y cuerpos cetónicos. Estos diversos nutrientes atravesarán la placenta y estimularán el páncreas fetal, contribuyendo al desarrollo de un hiperinsulinismo al tiempo que al aumento de diversos factores de crecimiento.

Cuando las alteraciones del "medio de cultivo materno" y el hiperinsulinismo fetal acompañante tienen ya lugar en el primer trimestre de la gestación, circunstancia propia de la diabetes pregestacional, tienden a desarrollarse a nivel fetal, abortos, malformaciones congénitas y retrasos de crecimiento intrauterino.

En la mayoría de la diabetes gestacional es rara la presencia de estas complicaciones fetales, ya que en la primera fase del embarazo no existen todavía alteraciones metabólicas a nivel materno.

Conforme avanza el embarazo (segunda mitad), tanto en la diabetes gestacional pero especialmente en la diabetes pregestacional, pueden surgir macrosomía,

organomegalias selectivas, hipoxemia crónica con posibles muertes intraútero o alteraciones en el desarrollo cerebral.

En el momento del parto, en hijos de diabéticas gestacionales y pregestacionales, pueden observarse lesiones traumáticas (fracturas de clavícula, lesiones del plexo braquial, cefalohematomas, etc), en relación con la macrosomia, al tiempo que aparecen otra serie de complicaciones neonatales tales como hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipoglucemia, hipomagnesemia, policitemia con hiperviscosidad (trombosis de las venas renales), plaquetopenia, etc.

Por último, en la adolescencia, puede comprobarse en hijos de diabéticas gestacionales o pregestacionales, una mayor frecuencia de obesidad, diabetes o intolerancia glucídica y alteraciones en el comportamiento intelectual o psicológico.

Toda paciente con DG o diabetes pregestacional debe enviarse a una unidad médica de alta especialidad por considerarse un embarazo de alto riesgo, donde deberán involucrarse en el manejo un endocrinólogo, un ginecólogo y un nutriólogo.⁸

Signos y Síntomas

Por supuesto la hiperglucemia es la característica clínica más importante de la diabetes; sin embargo, mucho antes de que aparezca este signo que confirma el diagnóstico de diabetes, pueden observarse otros signos de alarma:

Con frecuencia la piel se ve afectada por signos tempranos como manchas en la espinilla, infecciones recurrentes o infecciones por hongos recalcinantes.

Las manchas en la espinilla, que se da con mayor frecuencia en varones que en mujeres, pueden desarrollarse a partir de un golpe en la espinilla. Aparece una mancha marrón característica, aproximadamente del tamaño de una moneda de peseta en la zona anterior de la espinilla.

⁸ Pallardo Sanchez L.F, Diabetes y Embarazo, pag 19.

Las infecciones recurrentes.- Aparecen en forma de ampollas, granos y furúnculos. Aunque estas infecciones aparecen con mayor frecuencia en la zona posterior del cuello, también pueden observarse en cualquier otra localización corporal.

Tratamiento médico

La diabetes gestacional puede manejarse muchas veces sólo con la dieta. Si los niveles de glucosa en sangre están por encima de 140mg/dl, está indicada la terapia con insulina.

Durante el embarazo está contraindicado el emplear agentes hipoglucemiantes orales.

DETECCIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL.

Debe hacerse a toda embarazada, cualquiera que sea su edad y presente o no factores de riesgo, de acuerdo al sistema de salud. En caso de no poder hacer lo anterior, es imprescindible realizarla al menos en todas las embarazadas que presenten factores de riesgo de Diabetes Gestacional los cuales son los siguientes:

- ❖ Antecedentes de diabetes mellitas en familiares de primer grado.
- ❖ Edad materna igual o superior a 30 años.
- ❖ Sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal = 27)
- ❖ Diabetes Gestacional en embarazos anteriores.
- ❖ Macrosomía fetal (hijo con peso al nacer mayor o igual a 4.000 g.
- ❖ Malformaciones congénitas.
- ❖ Glucosuria positiva en la primera orina de la mañana.
- ❖ Polihidramnios.
- ❖ Antecedentes de enfermedad tiroide autoinmune.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Prueba de escrutinio. Debe realizarse en toda mujer embarazada. Generalmente se debe realizar entre las semanas 24 y 28 de la gestación.

Esta prueba consiste en administrar una carga oral de dextrosa (50g), a cualquier hora del día, esté o no en ayuno la paciente. Una hora después de determina la glucosa plasmática y de ser igual o mayor a 140mg/dl, debe realizarse la prueba confirmatoria.

Prueba Confirmatoria: Carga oral de dextrosa (100g) con medición por tres horas, con dos o más de los siguientes valores:

TIEMPO	Mg/dl
BASAL	95
1 hora	180
2 horas	155
3 horas	140

Carga de destrosa 75 g con medición por dos horas, con dos o más de los siguientes valores

TIEMPO	Mg/dl
BASAL	95
1 hora	180
2 horas	155

Las metas en las glucemias de la embarazada con diabetes mellitas serán: niveles de glucosa plasmática igual o menor de 95 mg/dl, igual o menor de 140 mg/dl a una hora posprandial, y niveles iguales o menores de 120 mg/dl a dos horas posprandial. Esto reduce la mortalidad y macrosomía fetal, a riesgos similares de la población general.

De no alcanzar los niveles antes mencionados, se debe iniciar la insulino terapia.⁹

⁹ Alpiozar Salazar Dr. Melchor, *Gula para el manejo integral del paciente diabético*, pag 186-187

6.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nombre: C. B. R.

Edad: 38 años Sexo. Femenino Fecha de Nacimiento: 09/01/66

Edo. Civil: Casada Ocupacion: Empleada

Religión: Católica Escolaridad: Secundaria.

Dom: Calle 21 No. 90. Col Maravillas Cd. Nezahualcóyotl.

Menarca 11 años Ciclos de 28 x 3 IVSA 36 AÑOS G. I

FUM 19/12/04 FPP/09/04 Ultimo Papanicolao 2000 Resulto Negativo

Edema: Si Membranas Integras: Si

DX. Embarazo de 37.6 sdg + DG

Recibo y elijo una persona en el servicio de Ginecología del Hospital General de Zona ISSSTE Zaragoza con un diagnóstico médico de 37.6 Semanas de Gestación , valore sus necesidades en base al modelo de Virginia Henderson, para detectar datos objetivos y subjetivos, estructure diagnósticos de enfermería, detectando una dependencia de once en total, para brindar un cuidado integral.

Vuelvo a revalorar su estado de salud en el servicio de alojamiento conjunto, en donde uno de los objetivos principales fue establecer un nivel de glucosa en sangre normal, cosa que no fue posible; a pesar de los cuidados específicos no descendió a una cantidad normal, se controló hasta 130 mg/dl y con esta cifra la persona fue dada de alta; en este momento ella era capaz de mantener su glucosa en sangre a un nivel normal, elaborar dieta para diabéticos, cuidados de herida quirúrgica, ya que la culminación de su embarazo fue a través de una cesarea, y cuidados de

sus pies, reconocer signos y síntomas de alarma como son hipoglucemia e hiperglucemia o cetosis.

Así mismo se le introdujo en el cuidado al recién nacido normal y cuidados del recién nacido de madre diabéticas, el producto de la concepción fue un bebe macrosomico de 4.500 Kg. Con Apagar 8/9, Activo y reactivo a estímulos externos con buena coloración e hidratación que presentaba reflejo de succión y de marcha, pero a pesar de eso por considerarse de riesgo la macrosomia y ser hijo de madre diabética, estuvo en observación en pediatría por dos días, a la conclusión de estos fue entregado a la madre y a pesar de no poder lactar a su bebe por la medicación esquema de insulina se informo sobre beneficios de lactancia materna y cuidados puerperales.

DESARROLLO DEL PROCESO

7.1 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.- Necesidad de Oxigenación

Refiere ser fumadora y varía según su estado emocional de 2 a 6 cigarrillos al día a la exploración física se encuentra

Cabeza:

Cráneo normocefalo sin hundimiento ni exostosis, Cabello abundante bien implantado hidratado.

Cara

Ojos y cejas simétricas, buena coloración de tegumentos, nariz centrada, narinas permeables, mucosas orales hidratadas sin presencia de odoncia, sin caries, sin presencia de halitosis, pabellones auriculares bien conformados.

Senos frontales y paranasales sin dolor a la palpación, conjuntivas normocrómicas, escleras blancas, nariz centrada sin datos de desviación.

Cuello:

Centrado sin adenomegalias de forma cilíndrica, traquea centrada, desplazable, pulsos carotídeos con tono de 80 latidos por minuto.

Tórax:

Normolíneos, simétricos, con buena expansión bilateral, mamas simétricas y turgentes, con presencia de hiperpigmentación, presencia de tubérculos de mongomeri, pezón bien formado con área secundaria.

Campos pulmonares bien ventilados, sin estertores ni sibilancias o crepitaciones, ruidos cardiacos con buena intensidad, registro de signos vitales al segundo día:
Pulso 86 por Minuto, Frecuencia Cardíaca. 94 por Minuto, Frecuencia Respiratoria 21 por Minuto

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

Refiere una dieta de 3 comidas con espacio de 4 a 5 horas, presencia de trastornos digestivos como gastritis y colitis por más de 4 años con tratamiento, Ranitidina una tableta cada 12 horas, metocloplamida 1 tableta cada ocho horas, no refiere intolerancia o alergia alimentaria; pero no le agrada la rellena.

Sin problemas de masticación y deglución, no realiza ejercicios.

A la exploración física se encuentra:

Piel turgente, mucosas hidratadas, uñas rosadas, buen llenado capilar, cabello abundante y terso, con encías rosadas sin sangrado con piezas dentales completas 32 piezas sin presencia de caries.

Dextroglis de 368 mg/dl Preprandial 230 mg/dl Posprandial.

3.- Necesidad de Eliminación

Refiere eliminación diaria, heces blandas compactas, sin dolor al defecar, sin presencia de hemorragia o hemorroides, las emociones no interfieren en su eliminación:

A la exploración física se encuentra:

Presencia de línea morena arriba de la cicatriz umbilical, presencia de estrías actuales, Abdomen Blando depresible, globoso a expensas de útero gestante al momento de la exploración de Fondo Uterino. 32 Cm con Producto único Vivo, Cefálico, con Frecuencia Cardíaca Fetal 134 latidos x Minuto, con presencia de sonda foley a derivación.

4.- Necesidad de termorregulación:

Refiere una adaptación adecuada a la temperatura, no realizar ejercicio y que le agrada el clima fresco.

A la exploración física se encuentra:

Normotérmica, con buena coloración de tegumentos, una transpiración mínima.

5.- Moverse y mantener una buena postura.

Refiere en este momento sentirse torpe por la gestación tan avanzada, con buenos hábitos de descanso.

A la exploración física se encuentra. Con problemas de dembulación, con claudicación, no presenta dolor al momento ni a la de ambulación, con un estado de conciencia orientada, tranquila, con estado emocional adecuado al cronológico.

Miembros:

Íntegros, bien conformados, con presencia de edema (+++), presencia de insuficiencia venosa periférica, llenado capilar de 2 segundos

6.- Vivir según sus creencias:

Refiere ser de religión católica con principios y valores muy arraigados como la honestidad, el amor, la comprensión, no presenta conflictos familiares ni personales por sus cultos religiosos.

A la observación se encuentra con una persona congruente, pero en este momento piensa que su enfermedad (diabetes Gestacional), es un castigo de Dios por no ir a misa.

7.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Refiere tener un trabajo como afanadora en un hospital, así mismo que no le otorgan un equipo de trabajo y protección para su seguridad, que trabaja 50 horas aproximadamente en una semana, también que no esta a gusto en su trabajo y el salario que percibe no es suficiente para cubrir sus necesidades básicas.

Se observa a la exploración:

Enfadada por dos motivos primero por el proceso que esta cursando (su enfermedad), segundo por no poder conseguir otro trabajo, y piensa que tendrá que descuidar mucho a su bebé, además de que no le permite seguir estudiando ya que solo concluyo la secundaria.

8.- Descanso y sueño

Refiere tener un horario de descanso por la mañana de las 9:00 a las 13:00 horas aproximadamente, tomar una siesta por la tarde de 1 hora si le es posible, ella traja en el turno nocturno de 21:00 a 6:00 de la mañana, al levantarse se siente descansada, ya que no padece insomnio.

Se observa a la exploración:

Con un estado mental adecuado a pesar de presentar estrés que ella no percibe, con signos de sueño a través de ojeras y bostezos, no presenta cefalea y menciona que el desempeño propio de las labores del hospital no la dejan descansar adecuadamente y que la rutina del servicio la despierta a cada rato

9.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Refiere preferir ropa clara cuando esta de buen humor y que la forma de vestirse si afecta su autoestima, ya que le gusta verse bien y arreglarse en general, no necesita que le ayuden a elegir su vestimenta y ni quien le ayude a vestirse, aunque siente que el embarazo le hace verse mal por el volumen.

A la exploración se observa:

Que es una persona que viste de acuerdo a su edad, con la limpieza adecuada e indumentaria completa, pero en este momento solo porta la bata hospitalaria que no es de su agrado.

10.- Higiene y protección de la piel

Refiere baño diario con shampoo y jabón, que prefiere el baño en regadera por la mañana, lavado de dientes 3 veces al día después de comer, lavado de manos antes de comer y después de evacuar, no hay creencias religiosas que limiten sus hábitos de higiene.

A la exploración observo:

Un aspecto en general aseado, a pesar de tener sonda foley que le es molesta para levantarse y transportarla a pesar de contar con un triple para su comodidad se levanta a bañarse diariamente, se asea sus dientes y no presenta halitosis, ni sudor o mal olor corporal, con cabello brillante y abundante recogido por una dona. Presenta irritación, purito y maltrato en las manos, se supone por el uso de detergentes y cloros sin protección en su área de trabajo.

11.- Necesidad de Evitar Peligros

Refiere pertenecer a una familia integrada por Papa, Mama, 1 Hijo de su esposo, que conoce las medidas de emergencia en caso de accidentes, tanto en su hogar como en su trabajo, que ha llevado control de salud últimamente, y come de más cuando tiene tensión.

A la exploración observo:

Que mantiene una buena relación con su esposo y su familia en general, sus compañeros de trabajo han venido a verla y se lleva bien con ellos, es sociable con la demás gente como son familiares, amigos, enfermeras y personal del hospital

12.- Necesidad de Comunicarse:

Refiere ser casada con 4 años de relación, vivir con su esposo y un hijo de este de tres años al que quiere mucho y que mantiene el amor y el cariño de su esposo además de contar con su apoyo incondicional, actualmente le preocupa el estado de salud de su bebe que esta esperando, y sus padres ya que están preocupados,

su rol es de esposa y actualmente de madre con el que no presenta conflictos. Menciona que no pasa casi tiempo sola y que van a visitar a sus papas cada fin de semana.

A la exploración observo:

Que habla claro, orientada en tiempo y espacio, no presente dificultad visual y auditiva, que se lleva bien con su esposo que esta al tanto de su salud y pasa el mayor tiempo posible a su lado y sus familiares también están al tanto de su salud, de igual forma cuenta con amigas y amigos que la han visitado frecuentemente.

13.- Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas:

Refiere: Que en su tiempo libre le agrada bordar, leer, cocer ropa, el estrés no afecta su labor, que en su comunidad no hay espacios recreativos por lo cual no participa en ninguno.

A la exploración observo:

Sistema músculo esquelético integro, sin desviaciones ósea a nivel de falanges, no presenta rechazo a las actividades recreativas, y es participativa además de amable.

14.- Aprendizaje:

Refiere tener nivel secundario, sin problemas de aprendizaje, sin limitaciones cognitivas, prefiere leer revistas y cuentos, conoce las fuentes de apoyo cultural de su comunidad pero no las frecuenta, refiere no conocer mucho del tratamiento de la Diabetes Gestacional.

A la exploración se observa:

Con sistema nervioso activo, órganos de los sentidos sin deterioro, con estado de ansiedad por el estado de salud del bebé que ya nació y se encuentra en observación por pediatría y por que no conoce el manejo de la Diabetes

Gestacional, su memoria reciente es adecuada, no presenta problemas para recordar

7.2 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	CONCLUSIÓN DX	DIAGNÓSTICO DE ENF.
1.-Nutrición e Hidratación	Grado de Dependencia Dependiente Datos: Glucosa Capilar Preprandial 375 mg/dl Postprandial 210mg/dl F.C.F. Ansiedad Diaforesis	<ul style="list-style-type: none"> Alteración del metabolismo, con relación al aumento de glucosa en sangre, manifestado por angustia, ansiedad y diaforesis
2.-Moverse y Mantener una buena postura	Grado de Dependencia Dependiente. Datos: Andar pesado por el embarazo avanzado Presencia de Sonda Foley	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la movilidad en general relacionada con claudicación de Miembros Inferiores, sonda foley, embarazo avanzado, manifestado por cansancio, mala postura, dolor
3.-Eliminación	Grado de Dependencia: Parcialmente Dependiente Datos: Presencia de Sonda Foley	<ul style="list-style-type: none"> Incomodidad, pudor, relacionados con presencia de sonda foley, manifestado por desesperación y urgencia urinaria.
4.- Descanso y Sueño	Grado de Dependencia: Dependiente Datos: Strees Falta de Sueño por interrupciones y ruidos propios de la rutina del servicio	<ul style="list-style-type: none"> Alteración del patrón del sueño en relación con cambio del entorno (rutina hospitalaria). manifestado por ojeras y bostezos.
5.- Aprendizaje	Grado de Dependencia Parcialmente Dependiente. Datos. Ansiedad por el estado de su bebe Problemas para recordar.	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de conocimientos sobre el efecto de su enfermedad en la gestación con relación a experiencia desconocida.
6.- Usar Prendas de	Grado de	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno de la imagen

Vestir Adecuadas	Dependencia: Independiente. Datos. No le Agrada la ropa hospitalaria.	corporal con relación al cambio del embarazo a término y uso de bata hospitalaria manifestado por sentirse gorda y no le agrada ropa hospitalaria.
7.- Higiene y Protección de la Piel	Grado de Dependencia: Dependiente. Datos: Irritación y maltrato en manos por uso de detergentes y cloro sin protección, por falta de equipo adecuado en su trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la integridad cutánea relacionado al uso de sustancias químicas (detergente, cloro y otros desinfectantes), manifestado por irritación, excoriación y prurito en las manos
8.- Evitar Peligros	Grado de Dependencia: Dependiente. Datos. trabaja en hospital sin protección.	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección, relacionado a insuficientes conocimientos de manejo de residuos peligrosos.
9.- Vivir según sus creencias	Grado de Dependencia: Parcialmente Dependiente Datos: Piensa que Dios la esta castigando con su enfermedad (Diabetes Gestacional por no ir a misa.	<ul style="list-style-type: none"> • Angustia espiritual relacionada con la creencia de que la enfermedad es un castigo de Dios manifestado por ansiedad y expresión verbal.
10.- Trabajar y Realizarse	Grado de Dependencia: Parcialmente Dependiente Datos: Insatisfacción en su trabajo por el horario y no poder estudiar para conseguir otro.	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio del rol del trabajador, relacionado a la realización de rutinas nocturnas, manifestado con enojo e insatisfacción.
11.- Necesidad de Oxigenación	Grado de Dependencia Dependiente Datos: Presencia de varices en M.I Irgurgitación, ardor	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la Perfusión tisular periférica, relacionada a presencia de várices, manifestado por coloración verdosa, ingurgitación de las mismas y ardor

11.- Necesidad de oxigenación	Grado de Dependencia Dependiente Datos: Fumadora de 2 a 6 Cigarrillos al día	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo del patrón respiratorio en relación al hábito de fumar. • Alto riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas en relación al hábito de fumar.
12.- Termorregulación	Grado de Dependencia: Independiente	
13.- Comunicarse.	Grado de Dependencia: Independiente.	
14.- Jugar y Participar en actividades recreativas.	Grado de Dependencia: Independiente.	

1.-Necesidad: Nutrición y Hidratación:

Dx. de Enfermería: Alteración de la nutrición: por exceso debido a una excesiva ingesta en relación con el gasto Energético, falta de conocimiento
Posible alteración en el mantenimiento de la salud debido a conocimientos insuficientes de la Enfermedad, autocontrol de los niveles de glucemia, medicamentación, dieta, control de peso y complicaciones

Objetivos:

Disminuir la glucosa en sangre.

Que la paciente sea capaz de mantener un rango normal de glucosa en sangre.

Enseñar a la paciente el esquema indicado para la aplicación de Insulina.

Explicar a la paciente por que es importante mantener la glucosa en un rango normal.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Realizar glucosa capilar cada 4 horas, para verificar valores de glucosa. Observar y orientar a la paciente para detectar signos y síntomas de hipo o hiperglucemia. Mantener valores de glucosa en un rango normal en ayuno de 60/120 mg/dl. Solicitar a dietología dieta para diabéticos de 1200 Kilocalorías por tratarse de una paciente gestante	Las causa intrínsecas de la diabetes primaria no se han esclarecido, sin embargo existen numerosas pruebas de diversos factores genéticos, inmunológicos, infecciosos (virus) y ambientales juegan un papel de etiología importante. La diabetes secundaria comprende trastornos consecutivos a daño pancreático (congénito-adquirido), enfermedades endocrinas y administración de drogas o productos que pueden reducir la hiperglucemia. Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes: glucidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales, se debe procurar una alimentación equilibrada para satisfacer las necesidades nutricionales, al paciente diabético se le deben administrar una dieta de	No se logro en general mantener el nivel de glucosa normal a pesar de ministrar esquema de insulina y dieta para diabéticos. La paciente no presente diaforesis o hipo e hiper glucemis, de igual forma cetoacidosis. Se mantuvo dieta para diabéticos.

<p>Verificar Frecuencia Cardiaca Fetal.</p>	<p>acuerdo a sus necesidades.</p> <p>El latido cardiaco fetal se puede oír a través de un monitor y se amplifica de manera que puede ser escuchado tanto por el examinador como por la paciente y constituye una experiencia emocionante y muy apreciada para la paciente, además controlar el ritmo cardiaco fetal, puede evitar un sufrimiento innecesario al bebé, debido a una permanencia excesiva en el útero. En caso de sufrimiento Fetal se induce o interrumpe el parto.</p>	<p>Se monitoreaba el ritmo cardiaco fetal dos veces por turno, dando por resultado un ritmo de 120 a 160 latidos por minuto.</p>
<p>Verificar Movilidad Intrauterina.</p>	<p>Para verificar la viabilidad y movilidad del producto y su estado hemodinámico</p>	<p>Se solicito a la paciente que en caso de no sentir movimiento fetal se informe a la enfermera en turno de inmediato</p>

2.- Necesidad: Moverse y Mantener una buena Postura:

Dx. de Enfermería: Alteración de la movilización general, relacionada con claudicación de miembros superiores, Sonda Foley, embarazo avanzado, manifestado con cansancio, mala postura, dolor.

Objetivo:

Indicar a la persona que verifique en forma constante su postura y darle información para corregir su alineación corporal. Informarle la importancia de mantener una buena mecánica corporal.

Realizar actividad motriz de baja intensidad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Que mantenga una buena postura y una buena mecánica corporal.	El mantenimiento de una postura correcta y la práctica de una buena mecánica corporal son factores muy importantes para evitar algunas de las incomodidades más comunes en el embarazo, a medida que el embarazo progresa, se alteran las proporciones del cuerpo y la distribución del peso. El centro de gravedad corporal se desplaza en forma gradual hacia delante; con frecuencia, los músculos abdominales se relajan, y la curvatura natural de la espina se exagera, lo que acorta los músculos de la región inferior de la espalda. La mujer suele compensar este efecto al inclinarse hacia atrás ligeramente desde la cintura, por lo que se desplaza su peso hacia los talones cuando camina. Como resultado la marcha es torpe y tambaleante y con frecuencia produce dolor de espalda, en particular, en la región inferior de la misma.	La cliente logra erguirse y expresa sentirse mejor.
Que realice actividad física acorde a sus necesidades.	El mal alineamiento corporal puede exacerbar muchas complicaciones de	Se logra que realice actividad física moderada. (Caminar por el pasillo).

<p>realizar actividad motriz de baja intensidad, para evitar ruptura prematura de membranas</p>	<p>la movilidad, moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo y mantenerlo bien alineado permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.</p> <p>La actividad motriz es además un medio de eliminar las emociones.</p>	<p>Realiza gestos y expresiones faciales</p>
<p>Evitar rompimiento Prematuro de Membranas.</p>	<p>En ocasiones la rotura de membranas es la primera indicación de que el trabajo de parto es inminente. Después de que se rompen las membranas, siempre existe posibilidad de prolapsos del cordón umbilical.</p>	<p>Se realiza actividad tranquila evitando excesos y movimientos bruscos, para evitar rotura de membranas..</p>
<p>Orientar posición de Decúbito Lateral Izquierda.</p>	<p>Las mujeres embarazadas con frecuencia comentan que les resulta difícil relajarse por que no encuentran una posición cómoda, debido al dolor de espalda y otras incomodidades que frecuentemente interfieren con la capacidad para relajarse, si se informa que la posición decúbito lateral izquierda le permite una mejor oxigenación al producto y un mejor descanso, se logrará una adecuada respuesta.</p>	<p>La paciente accede de buena manera a aceptar la posición que se le sugiere.</p>
<p>Realizar ejercicios respiratorios.</p>	<p>Al realizar ejercicios respiratorios todos los músculos trabajan de la misma manera y cuando realizan el trabajo para el que fueron creados las fibras que los forman se acortan y</p>	<p>Realiza ejercicios respiratorios, procurando no agotarla demasiado y no pierda energía.</p>

	engrosan, a esta acción se le llama contracción	
--	---	--

3.- Necesidad: Eliminación

Dx. de Enfermería: Incomodidad pudor, relacionada con presencia de sonda foley, manifestado por desesperación y urgencia urinaria

Objetivo: Mantener un volumen adecuado de eliminación urinaria.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Vaciar contenido de bolsa colectora y anotar en registro de enfermería.	Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo, esta excreción se produce principalmente por la orina, la cantidad normal excretada oscila entre 1200 a 1600 mililitros, el bajo volumen indica anomalías en el organismo.	Un registro exacto del balance hídrico es esencial para valorar el funcionamiento renal inadecuado.
Verificar color, residuos, etc.	El contenido de la orina nos indica el buen funcionamiento del sistema urinario	Se mantiene un peso estable en su estancia hospitalaria
Pesar diariamente a la paciente.	El peso diario es un indicador del estado hídrico y nutricional del paciente.	Se mantuvo sin cetoacidosis.
Controlar presencia de cetonas en orina, y glucosa a través de bililastix	La presencia de cetona en orina nos indica generalmente una cetoacidosis.	Se proporciono líquidos en cantidad necesaria a la prescrita
Promover ingesta adecuada de líquidos y alimentos	Los líquidos corrigen la deshidratación y una dieta adecuada mantiene un nivel adecuado de glucosa.	
Orientar por que la sonda foley brinda molestias	Con una explicación adecuada hace más tolerable la sonda	Lo entendió y puso de su parte.

4.- Necesidad : Descanso y Sueño.

Dx. de Enfermería : Alteración del patrón del sueño en relación con cambio del entorno,(rutina hospitalaria), manifestado por ojeras y bostezos

Objetivos:

- Idénticar las actuaciones que favorezcan el sueño y el descanso
- Planificar los periodos de reposo y sueño
- Dar técnicas de relajación.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN
Escuchar las preocupaciones del cliente para disminuir tensiones y que logre dormir	Los sentimientos son reales y es mejor sacarlos al exterior que quedárselos dentro, escuchar al cliente y comunicarse con el, le infunde tranquilidad y disminuye sus tensiones.	Expreso sus sentimientos de angustia, de temor, lloró y se tranquilizó, alcanzando mas de 5 horas seguidas de sueño
Apoyar rituales antes de dormir.	La mayoría de las personas esta acostumbrada a efectuar rituales a la hora de acostarse, alterar o eliminar tales rituales puede afectar el sueño del cliente.	Realizar ritual (Leer una revista) que le mantiene tranquila y llegando a conciliar el sueño.
Proporcionar ropa holgada y suave para dormir.	Las medidas confortables son esenciales para ayudar al cliente a dormir especialmente si los efectos de la enfermedad personal interfieren con el descanso.	Se logro dotar de ropa cómoda y suave
Vigilar movimientos fetales.	La vigilancia de movimientos fetales nos da la tranquilidad de que el producto se encuentra en buen estado	Se vigilo movimientos fetales dos veces por turno y se solicito a la paciente que en caso de no sentir movimiento fetal se informará de inmediato.

5.- Necesidad: Aprendizaje

Dx. de Enfermería: Déficit de conocimientos sobre el efecto de su enfermedad en la gestación relacionado con experiencia desconocida.

Objetivo: Optimizar la capacidad para el mantenimiento de la salud y que reduzca su ansiedad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Valorar el nivel de conocimiento de la cliente sobre la diabetes gestacional	El diagnóstico de la Diabetes Gestacional a menudo necesita una mayor reeducación del cliente para soportar la alteración de su vida.	Recibe apoyo reeducacional
Que realice sola su control de glucosa sanguínea	La vigilancia de glucosa sanguínea (glucemia), ayuda a valorar la eficacia de la dosis de insulina y a valorar episodios de hipoglucemia e hiperglucemia, para identificar el tratamiento correcto.	Será responsable de su tratamiento cuando se de de alta
Fomentar la expresión de sentimientos y tratar de mantener un comportamiento de adaptación sano.	Al enterarse la cliente del diagnóstico de Diabetes Gestacional puede experimentar indignación, dolor y otros sentimientos, es un prelude necesario para la aceptación de la enfermedad y el tratamiento activo y responsable.	Expresa verbalmente comprensión del proceso de la enfermedad, terapéutica dietética y métodos de medición de glucosa.
Organizar para su tranquilidad un seguimiento de su gestación.	Trasladarle al cliente nuevos conocimientos y habilidades a través de un seguimiento hospitalario trae consigo una mejor aceptación.	Se otorga seguimiento valorando riesgo gestacional y se responde en forma realista las preocupaciones.

6.-Necesidad: Usar prendas

Dx. de Enfermería: Trastorno de la imagen corporal con relación al cambio del embarazo a término y uso de bata hospitalaria manifestado por sentirse gorda y no le agrada el uso de la ropa hospitalaria.

Objetivo:

Que verbalice sus dudas y preocupaciones.

Que mejore su actitud hacia su estado de embarazo.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Comunicarse con el paciente, hablar y escuchar sus dudas y preocupaciones.	La comunicación es esencial para el equilibrio del ser humano. Se trata de un proceso verbal y no verbal que permite entrar en relación con el prójimo e intercambiar sentimientos, opiniones, experiencias e información.	La paciente expresa sus dudas y preocupaciones, con lo cual logra comunicarse adecuadamente.
Que acepte su imagen (embarazo) como algo positivo, que tenga confianza en si misma.	La imagen positiva que la persona tiene de si misma, la confianza en sus posibilidades y su capacidad de afirmarse influyen también en la comunicación, y es muy importante evaluar su capacidad de expresar sus necesidades y opiniones.	Acepta su imagen de buen agrado, al recordarle que se trata de su bebé.
Poner a la paciente en contacto con otros profesionales (psicólogos).	Algunos problemas psicológicos pueden alterar seriamente el ritmo de la comunicación verbal, (fuga de ideas, logorrea) a su contenido (delirio, alucinación); puede incluso ocasionar mutismo; es importante en estos casos buscar ayuda profesional.	Acepta a través de la explicación que de ser necesario acudiría a otro profesional.
Orientar sobre el uso de la bata	El uso de ropa hospitalaria evita contagios innecesarios	Se le explica que por necesidad de servicio debe usar bata y para su comodidad también

7.-Necesidad: Higiene y Protección de la piel.

Dx. de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea con relación a uso de sustancias químicas (detergentes, cloro etc), manifestado por irritación, excoriación y prurito en manos.

Objetivo: Reducir o aliviar el deterioro cutáneo.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Limpieza de la piel de las manos, después de realizar cualquier trabajo	La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participar en la eliminación de residuos (sudor etc), refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de depresión y de dolor, para cumplir esta función la piel debe estar limpia, aseada y cuidada, para asegurar el bienestar del individuo y facilitar el buen funcionamiento de los órganos.	Comprende que es importante mantener una higiene adecuada, sobre todo lavar las manos con frecuencia
Lubricación.	La piel tiene también la función de absorción de ciertas sustancias como cremas hidratantes, que participan en la protección del organismo contra la protección de sustancias perjudiciales o nocivas.	Se hidrata su piel con frecuencia
Diluir el cloro	Al diluir las sustancias químicas como el cloro estás pierden características agresivas y se pueden manejar con más facilidad aún sin protección	A pesar de que no es permitido diluir las sustancias en su área de trabajo dice que lo intentará

<p>Orientar sobre el uso de guantes.</p>	<p>El uso de protección (guantes en las manos), permite manejar ciertas sustancias agresoras con más confianza y se evita que la piel sufra irritación o excoriación, logrando mantener integra la superficie cutánea</p>	<p>Menciona que no tiene dinero, pero al saber el beneficio del uso de guantes hará el sacrificio de comprarlos</p>
--	---	---

8.-Necesidad Evitar Peligros

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado a insuficientes conocimientos de manejo de residuos peligrosos.

Objetivos: Que tenga habilidad y conocimiento para prevenir infecciones

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Informar a la cliente del aumento de susceptibilidad respecto a las infecciones	Las pacientes diabéticas pueden ser más susceptibles a algún tipo de infección, debido al estado general de salud.	Da la importancia que debe dar al tratamiento rápido y adecuado.
Promover medidas de prevención.	El conocimiento de signos puede ayudar a asegurar un tratamiento inmediato, ya que las lesiones que están en proceso de curación e incluso los cortes o rasguños mínimos, pueden desarrollar gangrenas.	Reconoce síntomas y signos de infección, enrojecimiento, hinchazón, exudado, fiebre etc.
Enfatizar la importancia de un tratamiento rápido y adecuado incluso en lesiones mínimas a fin de evitar complicaciones		
Mantener la integridad cutánea y promover el cuidado de los pies.	Por el proceso de la diabetes, la paciente puede presentar lesiones y gangrena	La piel de sus pies no presenta lesiones.

9.- Necesidad: Vivir según sus creencias.

Dx. de Enfermería: Angustia espiritual relacionada con la creencia de que la enfermedad es un castigo de Dios, manifestado por ansiedad y expresión verbal.

Objetivo:

Que la persona exprese sus creencias y valores

Planificación de actividades religiosas con el cliente

Que comprenda que la enfermedad es un proceso biológico y no un castigo divino.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Animar a la persona a exteriorizar verbalmente su sentimiento por su creencia y revivirlos (rezar)	La salud espiritual o bienestar espiritual consiste en sentirse, vivos útiles y realizados, el bienestar espiritual es una forma de vivir, de considerar la vida una experiencia agradable y llena de sentido, hace que el individuo libremente tome decisiones y contribuyen a mantener la vida; enriquecerla y sus raíces se hunden en los valores espirituales y en las creencias religiosas inculcadas por tradiciones, adquiridas en el seno familiar y la comunidad desde su infancia.	Al exteriorizar sus temores y comprender que su Dios no castiga y que es bueno, siente tranquilidad y acepta nuevamente sus creencias.
Explicar a la persona verbal y literalmente las causas y el proceso de su enfermedad, tratando de que erradique la idea mal fundamentada que es un castigo de Dios.	La Diabetes gestacional es una intolerancia a los carbohidratos y a pesar de no conocer sus orígenes, si se sabe que puede tener su fundamento en la herencia como se le explico, y no que es un castigo de Dios	Ante la explicación de que la enfermedad no es un castigo, la persona siente menos angustia y retoma sus creencias con fe.

<p>Explicarle horarios y actividades religiosas</p>	<p>por no ir a misa, ya que según sus creencias su Dios es bueno y no castiga</p> <p>Las personas que atraviesan por una enfermedad y están hospitalizadas, al sentir cerca a un representante de un ser supreso (en este caso un sacerdote), suelen sentir consuelo y alivio, por eso es importante explicar a los pacientes la presencia de estos representantes en el ámbito hospitalario.</p>	<p>La persona solicita la ayuda de un sacerdote, se le brinda y recibe apoyo emocional por parte de este.</p>
---	--	---

10.-Necesidad: Trabajar y Realizarse

Dx. de Enfermería: Cansancio del rol del trabajador, relacionado, a la realización de rutinas nocturnas manifestado con enojo e insatisfacción

Objetivo: Que la cliente comprenda que hay otras formas de auto realizarse.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Que lleve a cabo acciones que respondan a sus gustos y aspiraciones.	La persona tiene la posibilidad de escoger la carrera a las actividades que le satisfagan tiende a realizarse, de no ser así se manifiesta en frustración.	Siente alivio de saber que puede mejorar su situación.
Que se forme metas alcanzables.	Tener metas a corto plazo, permite una mejor realización de algo propuesto, y causa sensación de logros.	Se propone terminar sus estudios en escuelas con sistema abierto.
Que sienta orgullo de todo lo que ha logrado hasta hoy.	Muchas personas no captan el valor de sus logros, hasta que un tercero se los hace notar	Se siente feliz de haber logrado detectar que su situación no es tan mala como pensaba.

11.-Necesidad: Oxigenación

Dx. de Enfermería: Alteración de la perfusión tisular periférica relacionada a presencia de várices en miembros inferiores manifestado por coloración verdosa, ingurgitación y ardor.

Objetivo: Enseñar la importancia y la valoración del estado circulatorio periférica.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Estimular posición cómoda, para promover circulación periférica.	Una posición que activa la circulación es con las piernas elevadas a una altura de 45 grados para activar la circulación.	Acomoda cojines y levanta sus piernas.
Remarcar la importancia de la actividad y el ejercicio moderado.	El ejercicio estimula el metabolismo de los carbohidratos, baja la tensión arterial, ayuda al control de peso y a prevenir o minimizar las complicaciones circulatorias.	Realiza caminata moderada por el pasillo, para activar la circulación
Evitar permanecer en una sola posición	Mantenerse en una sola posición aumenta la éxtasis venosa periférica	Se mueve constantemente.
Uso de medias elásticas.	El uso de medias de mediana compresión ya que promueve la circulación adecuada	Menciona que las ha usado siempre.
Reorientar sobre el tipo de alimentación	Las grasas favorecen la formación de trombos	Que mantenga una alimentación libre de grasas

11.- Necesidad: Oxigenación

Dx. de Enfermería: Alto riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas en relación al hábito de fumar.

Objetivo: Explicar a la paciente el daño que ocasiona el cigarro a su estado físico, para modificar hábito a través de la enseñanza y la reeducación.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Investigar factores psicológicos que impulsan el hábito de fumar y modificarlo.	La respiración es el conjunto de mecanismos a través de los cuales el organismo utiliza el oxígeno (O ₂), y se deshace de su gas carbónico, esta acción puede verse afectada por factores psicológicos.	Modifica hace tiempo el hábito de fumar
Explicar daño que ocasiona al producto el hábito de fumar.	El cigarro es dañino para la mama y para el bebé, por ello esta prohibido durante el embarazo, por que aumenta el riesgo de interrupción espontánea del mismo y el nacimiento de un bebé bajo de peso o prematuro.	Comprende la enseñanza y no fuma por la salud de su bebé
Hacer mención de por que debe dejar de fumar	La nicotina provoca vasoconstricción y contribuye al deterioro circulatorio, además el fumar mucho incrementa significativamente el riesgo de enfermedad cardiaca	
Realizar ejercicios programados con regularidad de acuerdo a su estado.	Los ejercicios mejoran la salud cardiaca	Realiza ejercicios moderados
Explicar el riesgo de fumar	El cigarro es un factor de riesgo para un paciente diabético, por la cantidad de nicotina que contiene	Comprende y tratara de no hacerlo más

8.-CONCLUSIONES:

El tema del presente proceso me pareció interesante, antes de elaborarlo creo que no ponía suficiente atención a una persona con diabetes gestacional y no por que no fuera importante; si no por que no comprendía realmente las complicaciones que se podrían presentar, creo que a través de este aprendizaje me cerciore de que es muy importante la actualización no solo en este tema o patología si no en todas y cada una de las líneas que se estudian en enfermería

Al desarrollar este trabajo adquirí un conocimiento y sentimientos nuevos, ya que encontré a un ser humano detrás de una enfermedad, angustias, pesares, penas y entendí que todas las personas deberían ser únicas para proporcionarles de manera individual su atención.

En la rutina hospitalaria no se les da a las personas, la importancia que deben tener, pero al realizar un plan de cuidados personalizada se logra realizar el aislamiento del paciente y darle el cuidado que merecen.

El equipo multidisciplinario puede cambiar el ámbito hospitalario, dando calidad y calidez a la persona. Desarrollando un cuidado y atención más humanitaria y responsable además de profesional dejando a un lado intereses personales, de bienestar económico y social.

Que se otorgue al paciente cuidados especializados y personalizados, olvidando la rutina que conciente o inconscientemente se lleva acabo en las áreas hospitalarias, ya que, hay un espacio de tiempo entre una rutina y otra, que provoca descuidos que suelen ser fatales para la persona.

9.- SUGERENCIAS:

Para mejorar el presente trabajo es muy importante la participación de mi asesora y la actualización en la investigación tanto de campo como científica obtenida por medio de diversos medios como son libros, revistas, boletines, Internet etc, especializados en la enfermedad (Diabetes Gestacional) que padece la persona, todo esto para su mejor atención y cuidado.

La revisión del presente trabajo cuantas veces sea necesario, para la detección de fallas errores u omisiones, que puedan distorsionar o mal informar la intención real del presente proceso de Enfermería.

Que se permitan más cuartillas en la elaboración del marco teórico del proceso de Enfermería, ya que la información literaria, visual y práctica de esta enfermedad día con día se nutre con más métodos y medicamentos para su tratamiento realizado tanto por laboratorios e investigadores científicos especializados

Efectuar y desarrollar más investigación y procesos de enfermería para mejorar el cuidado a las personas con Diabetes Gestacional, ya que esta enfermedad se a consolidado como una de las causas de mas mortalidad en la actualidad en las diferentes esferas sociales.

10.- BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Alpiozar Salazar Dr. Melchor, Guía para el manejo integral del paciente diabético, Edit, Manuel Moderno, México,2001, 339 Pp
2. Carlos Gispers y Otros,Manual de la Enfermería, Edit Océano/Centrum , Barcelo na España, 2003, 1168pp
3. DorisSmith Suddarth. Enfermería Practica Edit. Mc. Graw-Hill, Mexico 1995, Pp 695
4. Erna WRIGHT Parto Psicoproxilactico, Edit. Paz 10ma Edic., México 1997, México, Pp. 232.
5. García González Ma. De Jesús El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Edición. Editorial Progreso .S.A, 4ta Edic. México, 1997, Pp.320
6. Grupo Ocenoa Diccionario de Medicina Océano Mosby, Edit. Océano 4ta Edición, España, 2003,Pp. 443,444
7. Helen L Bee Sandra., El desarrollo de la personalidad en todas las etapas de su vida, , Edit. Harla, México Pp.665
8. Ingle Verónica F.R.N. Diabetes, Cuidados y Control, Edit. Doyma, España, 1997, Pp. 223
9. Jonson M. Bulcher Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación Nanda, 2003, Edit. Elsevert 2003, Decima Edición, Pp. 287
10. Kozier Barbara. BA, BSN. RN. MN Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica Tomo 1, Edit, Interamericana McGraw-Hill, España,4ta Edición, Pp.224
11. Nancy H. Holloway Planes de Cuidados en Enfermería, Edit Doyma México 1990, Pp.505
12. Phaneut, Margot M.A Cuidados de Enfermería, Edit. Mac.-Graw-Hill Interamericana, México 1993, Pp. 352
13. Pallardo Sanchez L.F, Diabetes y Embarazo, Edit Aula Médica, España 1999. Pp. 355
14. Rosalinda Alfaro, RN, MSM, Aplicación del Proceso de Enfermería, Edit. México 1999, Pp. 182

15. Sister Mery Frank, Sor Teresa Elizondo, Desarrollo histórico de la Enfermería, Edit, La Prensa Médica Mexicana, México Pp.1995, 350
16. Siles González Jose, Historia de la Enfermería, Edit. Aguacaliente, España, 1999, Pp.375
17. Sandra M. Nattina Enfermería Práctica, Edit. Mc. Graw-Hill Interamericana Sexta Edición, Volume n 1, México, 1998. Pp. 872
18. Susan Martín Trucker Normas de Cuidados del Paciente Diabetico, Edit. HarcourBrace, México, Pp.1004

11.- GLOSARIO DE TÉRMINOS:

Analizar.- Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar donde puede situarse en la "imagen completas

Cloasma dravídico: Manchas en la piel de la cara, abdomen y manos, desaparecen tras el parto.

Diagnóstico.- Segunda etapa del proceso de enfermería, durante la cual se analizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud, (capacidades y problemas de salud reales y potenciales).

Ejecución.- Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.

Evaluación.- Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

Edad del embarazo.- Duración aproximada que tiene el proceso gravídico, desde su inicio hasta un momento determinado. La estimación se hace preferentemente en semanas.

Edad gestacional.- Duración del embarazo calculada desde el primer día de la menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas.

Embarazo de alto riesgo Es aquel en que se tiene certeza o probabilidad grave de sufrir daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal como consecuencia del suceso reproductivo.

Intervenciones de Enfermería.- Acciones realizadas por una enfermera para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y para promover, mantener y recuperar la salud, o para ayudar al paciente terminal a lograr una muerte pacífica.

Mortalidad materna.- Número de mujeres que Fallecen durante el estado gravídico puerperal, desde que el embarazo se inicia, hasta la sexta semana después del parto.

Parto.- Proceso mediante el cual el producto de la concepción ya viable y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales.

Planificar.- Tercera etapa del proceso de enfermería, durante la misma se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería.

Proceso de enfermería.- Método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a alteraciones de la salud reales o potenciales.

Producto macrosómico.- Que pesa al nacer mas de 4 Kilogramos

Sistematizar.- Reunir fragmentos de información para hacer una imagen más clara del conjunto.

Valoración.- Primera etapa del proceso de enfermería, durante la cual se reúnen y examinan los datos, en preparación para la segunda etapa; el diagnóstico.

Varices: Principalmente en las ultimas semanas. Es aconsejable andar usar medidas que favorezcan el retorno venoso y evitar permanecer de pie.

ANEXOS

ANEXO 1

EMBARAZO

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y Fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas, 10 meses lunares y nueve meses y un tercio del calendario). La fecha estimada del parto (FEP) se calcula así aunque la mujer tenga ciclos irregulares. Si la mujer está segura de que el coito solo ha ocurrido una vez durante la concepción y recuerda la fecha, la pueda calcular la FEP sumando 266 días de la fecha del coito. El embarazo empieza aproximadamente en el momento de la ovulación, la cual suele producirse unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación. De los millones de espermias eyaculados, miles alcanzan el óvulo en el extremo de la trompa, pero uno solo penetra en el y lo fecunda, fundiéndose los protonúcleos masculino y femenino. El cigoto, entidad unitaria desde el punto de vista genético, comienza a dividirse al mismo tiempo que emigra hacia la cavidad uterina, en cuya pared se implanta. La placenta es el órgano encargado del intercambio materno fetal de nutrientes y productos de desecho, pero las sangres de la madre y el feto no suelen mezclarse. El huevo es, cierto modo, un injerto o trasplante en el organismo materno. Aun que no se produzca ninguna respuesta inmune por parte de la madre, todos sus tejidos y órganos experimentan cambios, muchos de ellos profundos.

CAMBIOS PSÍQUICOS: Las experiencias emocionales que refieren las embarazadas son normales y sanas, pero también extraordinarias. La mujer gestante sigue siendo "ella misma", pero de una forma distinta; se siente exaltada y esperanzada. Los cambios que experimenta su organismo, que son rápidos e invencibles, la hacen interesante más por sí misma. La preocupación por la perfección de su hijo, la expectativa ante el esfuerzo del parto y la consideración de responsabilidades, contribuyen a intensificar el tono emocional de la gente.

CAMBIOS CARDIOVASCULARES: El gasto cardiaco aumenta de un 30 a un 50 % en el embarazo; comienza a incrementarse alrededor de la 6ª semana del posparto. El volumen de eyección la frecuencia cardiaca crecen; la frecuencia del pulso durante el embarazo es de 80 a 90 latidos / min. La tensión arterial puede decrecer ligeramente a partir de la 12ª semana, pero se normaliza a partir de la 26ª. La circulación uterina a termino es de 11/min. lo cual supone alrededor de un 20 % del gasto cardiaco total. También el volumen sanguíneo total aumenta: el volumen plasmático se incrementa mas que el volumen celular, y esto origina disminución del hematocrito por hemodilución. Los leucocitos aumentan; el recuento normal en el embarazo es de unos 9.000/ml.

CAMBIOS RENALES: La tasa de filtración glomerular (CFR) y el flujo renal aumentan de 30 a un 50 % durante el embarazo, de manera paralela al gasto cardiaco. A menudo aparece una dilatación acusada de las vías excretoras que se denomina hidronefrosis gravidita; es la consecuencia de la presión que ejerce el útero dilatado sobre los uréteres y del efecto de la progesterona. La urea sérica suele aumentar hasta 10mg./100ml, y la creatinina disminuye hasta 0,7 mg / 100 ml. La influencia de la postura sobre la función renal es mas acusada durante el embarazo, debido a la presión ejercida por el útero sobre los grandes vasos. La función renal es mejor en decúbito que en bipedestación y en decúbito lateral que en supino.

CAMBIOS GASTRO INTESTINALES: La progesterona, cuyos niveles aumentan durante el embarazo, provoca cierta relajación de la musculatura lisa del aparato gastrointestinal. Puede aparecer pirosis a consecuencia del retraso del vaciamiento gástrico y la relajación del esfínter gastroesofagico. La disminución de la motilidad cólica y la presión ejercida por el útero sobre el recto y el sigma favorecen la aparición de estreñimiento. Pueden aparecer, generalmente al principio del embarazo, nauseas y vómitos, probablemente efecto de la gonadotropina corionica. Aumenta ligeramente la incidencia de patología de la vesícula biliar.

CAMBIOS ENDOCRINOS: La unión a proteínas de las hormonas aumentan; como la mayoría de ellas circulan de esta manera, la función de casi todas las glándulas endocrinas se altera durante el embarazo. La función tiroidea sufre cambios acusados,

de forma que las pruebas tiroideas dan resultados similares a los que parecen en hipertiroidismo. El aumento de los niveles de hormonas adrenales es la causa mas probable de la aparición de las estrías dravídicas, similares a las del hiperadrenalismo. Los estrógenos la progesterona y los glucocorticoides alteran el metabolismo de la glucosa, aumentando las necesidades de insulina. La placenta produce cuatro hormonas: gonadotropina corionica humana (HCG), progesterona, estrógenos y lactógeno placentario humano (HPL). La gonadotropina corionica mantiene el cuerpo luteo al principio del embarazo. L progesterona favorece la persistencia del endometrio modificado, llamado decidua, y estimula el desarrollo de los acini mamarios. Los estrógenos estimulan el crecimiento mamario y uterino. El lactógeno placentario favorecer el crecimiento y desarrollo del tejido mamario necesarios para la lactancia; también tiene un efecto antiinsulínico que favorece el aprovechamiento de la glucosa sobrante de la madre por el feto.

CAMBIOS MAMARIOS: Las mamas se ponen tensas y sensibles. La sensibilidad mamaria es un síntoma del embarazo que desaparece a medida que las mamas aumentan de tamaño y pierden consistencia. La areola se oscurece y las glándulas sebáceas de Montgomery hacen prominencia en ellas. El desarrollo de los túbulos y acini mamarios de lugar a la salida, por el pezón, de un liquido claro o acuoso de color blanquecino de nominado calostro.

CAMBIOS CUTÁNEOS: La sudoración. Aparece eritema en las eminencias palmares tenar e heipotenar. Puede incrementarse el crecimiento del pelo. Son muy frecuentes las telangiectasias. En algunas mujeres aparecen estrías en el abdomen, las mamas y las nalgas. Las pecas se asen mas abundantes debido a la formación de nuevos depósitos de melanina; la línea negra de la línea media de la parte inferior del abdomen se oscurece y puede extenderse casi hasta el apéndice xifoides. La piel de la nariz, los pómulos y los arcos supersiliares se oscurece; este fenómeno se llama cloasma o "mascara dravídica".

Cambios de peso: El aumento del peso filológico del embarazo oscila entre límites muy amplios. L ganancia media es de 8,5 a 12 Kg. Pero a menudo es mayor y no se acompaña de efectos patológicos.

CAMBIOS NUTRICIONALES: Las necesidades de hierro, proteínas y calcio aumentan desproporcionadamente en relación con las necesidades globales de las calorías y nutrientes.

Molestias más frecuentes en el embarazo

Por rechazo de las viseras abdominales debido al crecimiento del útero.
Ardores. No se debe tomar bicarbonato.
Dieta de fácil digestión.

Cloasma dravídico: Manchas en la piel de la cara, abdomen y manos.
Desaparecen tras el parto.

Varices: Principalmente en las últimas semanas. Es aconsejable andar, usar medidas que favorezcan el retorno venoso y evitar permanecer de pie.

Hemorroides: No se deben tratar con pomadas que contengan corticoides.

Lumbalgia: Por aumento de la lordosis lumbar. Evitar tacones altos y practicar ejercicios que refuercen los musculatura dorsal y lumbar.

Mamas: Aumentan de tamaño y peso. El pezón se hipertrofia.
Evitar sujetadores apretados.⁷

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

⁷ Grupo Ocenoa *Diccionario de Medicina Océano Mosby*, pag 443-444 p

(ANEXO 2)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación y termo regularización.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

□ Subjeto:

Disnea debido a: _____ Tos productiva – seca: _____ Dolor
Asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde
Cuando fuma / cuantos cigarros al día / _____
Emocional: _____

□ Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de pie / lechos unguales / peribucal: _____
Circulación del retorno venoso: _____
Otros

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

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

Trastorno digestivos: _____

Intolerancias alimentarias / Alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patron de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Habitos intestinales: _____ características de las heces, orina Y menstruación: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Como influyen las emociones en su patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptación de los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo

Características de la piel: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: _____

Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Necesidad de ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado emocional: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo:

Creencia religiosa:

Su creencia religiosa la genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

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

- Objetivo:

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

Permite el contacto físico: _____

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

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo:

Trabajar actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

Estar satisfecho con su trabajo: _____ Su recuperación le permite

Cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia: _____

Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: _____

- Objetivo:

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

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo:

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

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: _____
Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____
Apatía: _____ Cefaleas: _____ No _____
Respuestas a estímulos: _____
Otros: _____

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo:

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

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

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

- Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
Vestido
Incompleto: _____ sucio: _____ inadecuado: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Subjetivo:

Frecuencia del Baño: _____
Momento preferido para el baño: _____
Cuántas veces se los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____
Tiene creencias personales o religiosas que limiten su hábito higiénico: _____

□ Objetivo:

Aspecto general: _____

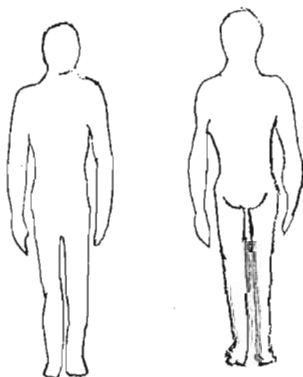
Olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuerpo cabelludo: _____

Lesiones dérmicas Tipo: _____

(Anoté la ubicación en el diagrama)

Otros:



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

□ Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante situación de urgencia:

Conoce las medidas de prevención de accidentes

Hogar:

Trabajo: _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____
Familiares: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- NECESIDADES DE COMUNICARSE

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

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

Preocupaciones / estrés: _____ Familia: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad. Visión: _____ Audición: _____

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

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: _____

Recursos en su comunidad para la recreación: _____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

Rechazo en las actividades recreativas: _____

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitación cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

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

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: ansiedad, dolor. _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

III. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnostico de Enfermería
1.- Oxigenación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
2.- Nutrición e hidratación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
3.- Eliminación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
4.- Moverse y mantener una buena postura	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
5.- Descanso y sueño	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
6.-Usar prendas de vestir adecuadas	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
7.- Termorregulación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
8.- Higiene y protección de la piel	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
9.- Evitar peligros	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
10.- Comunicarse	I _____	_____

PD _____
D _____

11.- Vivir según sus creencias y valores

I _____
PD _____
D _____

12.- Trabajar y realizarse

I _____
PD _____
D _____

13.- Jugar y participar en actividades recreativas

I _____
PD _____
D _____

14.- Aprendizaje

I _____
PD _____
D _____

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

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____