



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



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PACIENTE DE 23 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ALTO
RIESGO DE DIABETES GESTACIONAL Y PREECLAMPSIA LEVE.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
CYNTHIA ALVARADO BACILIO**

NUMERO DE CUENTA: 40511546-6

**DIRECTORA
LEO: MARGARITA GONZALEZ VAZQUEZ**

SEPTIEMBRE 2008



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN.	4
1.- JUSTIFICACIÓN.	6
2.- OBJETIVOS.	7
3.- METODOLOGÍA.	8
4.- MARCO TEÓRICO.	9
4. 1.- Conceptualización de enfermería según Virginia Henderson.	9
4.1.1.- Catorce Necesidades de atención.	11
4.1.2.- Función de la enfermera.	12
4.1.3.- Metaparadigma.	12
5.- PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA.	14
5.1.- Generalidades del Proceso Atención de Enfermería.	14
5.2.- Antecedentes del proceso Atención de Enfermería.	15
5.3.- Componentes del proceso Atención de Enfermería.	17
5.3.1.- Valoración.	18
5.3.2.- Diagnóstico.	19
5.3.2.1.- Estructura de los Diagnósticos de Enfermería.	20
5.3.2.2.- Lista de Diagnósticos de Enfermería.	21
5.3.3.- Planeación.	27
5.3.4.- Ejecución.	29
5.3.5.- Evaluación.	29
5.4.- Ventajas del Proceso Atención de Enfermería.	30
5.4.1.- Ventajas para el Paciente.	31

5.4.2.- Ventajas para la Enfermera.	31
6.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	33
6.1.- Fichad e Identificación.	33
6.2.- Presentación del caso.	33
6.4.- Diagnósticos de Enfermería.	36
6.5.- Plan de cuidados de Enfermería.	37
7.- CONCLUSIONES.	46
8.- SUGERENCIAS.	48
9.- GLOSARIO.	49
10.- BIBLIOGRAFÍA.	51
11.- ANEXOS.	53
11.1.- MARCO REFERENCIAL.	53
11.2.- Hipertensión inducida por el embarazo (Toxemia).	53
11.3 Diabetes Gestacional.	58
11.4 Prueba de Tolerancia a la Glucosa.	60
11.5 Historia Clínica de Enfermería.	64

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizado que permite: identificar y conocer las prioridades del enfermo, proporcionar los cuidados y mantener una evaluación continua y con ello mejorar o modificar los cuidados que se proporcionan, tomando en cuenta el área física psicológica y social para ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, y que para poder brindar una atención de alta calidad se deben de conocer todos los conceptos fisiopatológicos de la enfermedad actual.

Por tal motivo para brindar una atención integral capaz de ayudar a la persona a mejorar su estilo de vida, la enfermería actual se basa en el Proceso Enfermero que se utiliza para identificar problemas o alteraciones, donde la enfermera se interesa por el cuidado y prevención de la persona constituyendo así una estructura para que pueda cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad, tomando en cuenta que debe realizarse desde una perspectiva holística, valorando todas las necesidades del individuo y su entorno, sus necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

Este proceso se desarrolló para satisfacer las necesidades básicas de una mujer embarazada de 23 semanas de gestación y está basado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades

básicas, con el fin de adquirir su independencia y superar las causas que no permitan satisfacer las mismas.

Dentro de sus apartados se encuentran los objetivos, la justificación, la metodología, el marco teórico que describe el proceso Atención de Enfermería y las etapas que lo integran, el Modelo Conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, la patología de la Preeclampsia y de la Diabetes Gestacional, además de la Historia clínica de la paciente, plan de cuidados de Enfermería, conclusiones y Bibliografía

1.- JUSTIFICACIÓN

La elaboración de un Proceso Atención de Enfermería es una forma para la titulación de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.:

Una forma de llevar la teoría a la práctica por lo anterior enfoco el interés por realizar este proyecto de Proceso de Atención de Enfermería.

La enfermera como otros profesionales y especialistas en salud, tiene y comparte el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena y saludable. Con su método, procedimientos y capacidad de aplicar el conocimiento científico de diversas disciplinas, tiene la obligación de contribuir a la innovación de servicios especializados que mejor atiendan las necesidades humanas fundamentales.

Actualmente, la Preeclampsia constituye una de las causas más importantes de morbi-mortalidad y muerte materna en nuestro país, la Diabetes Gestacional que se desarrolla entre la semana 24 y 28 de Gestación, complica casi el 4% de los embarazos, además de que tienen cerca de 50% de riesgo de desarrollar diabetes tipo II. Desde el punto de vista epidemiológico es un problema importante que exige la necesidad de fortalecer las acciones educativas hacia las mujeres en edad reproductiva y embarazadas, para que las primeras desarrollen hábitos y conductas favorables para el cuidado de la salud, y las segundas, acudan a control prenatal en forma oportuna y continua, y con ello aprendan a identificar signos y síntomas de alarma en esta complicación obstétrica.

2- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Otorgar Atención Integral con intervenciones sistematizadas apoyado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson a una mujer de 23.1 semanas de gestación de acuerdo a las necesidades de atención detectadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar necesidades en la mujer embarazada aplicar los lineamientos del Proceso Atención de Enfermería en el desarrollo del mismo.
- Detectar oportunamente datos de alarma como signos y síntomas que indiquen riesgos para el binomio.
- Identificar Diagnósticos Enfermeros reales y potenciales de la paciente para la planeación de actividades interdependientes.
- Planear intervenciones en base a resultados de acuerdo a la evolución del embarazo.

3.- METODOLOGÍA

El siguiente trabajo se llevó a cabo bajo una serie de pasos programados en conjunto con la paciente, familia, médico especialista y enfermera, donde se realizaron visitas domiciliarias para conocer todo lo relacionado a la vida cotidiana de la familia que conforma y rodea a la paciente con la que se está trabajando detectando por medio de una encuesta los factores reales y potenciales que pudieran poner en riesgo la salud de la embarazada y el feto.

El Modelo Conceptual que se utilizó para realizar el Proceso Atención de Enfermería basado en la teórica Virginia Henderson donde por medio de las catorce necesidades que ella maneja consideró cumplen de una manera generalizada todas las expectativas para lograr una intervención diagnóstica y detectar las necesidades prioritarias con los datos objetivos y subjetivos que nos refiera nuestra paciente.

Se utilizó bibliografía necesaria para fundamentar el protocolo de seguimiento del embarazo, se realizó una día a la semana visita domiciliaria por las tardes ya que es la hora que la paciente se desocupa de sus labores de casa además de que se asistió a una visita por la mañana para convivir con ella para observar algunos datos que se le pudieran haber pasado mencionar y que fueran de utilidad para el siguiente trabajo.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.-CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana, nació en el año de 1897, desarrollo su interés por enfermería durante la primera guerra mundial.

En los años 60s se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer Tratado de Enfermería Teórico y Práctico.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la enfermería humanista, porque considera a la profesión como una arte y una ciencia.

Henderson Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo de enfermería que le proporcionara una identidad propia. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones ya que sin este elemento

primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.¹

Su definición de Enfermería apareció por primera vez en 1995 en la 5ta. Edición del libro Text Book of the Principles and Practice of Nursing, de Horner y Henderson, afirma lo siguiente.

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) que sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápido posible

Según Virginia Henderson, la persona es un todo complejo formado por 14 necesidades básicas.

¹ Fernández Ferrín, Carmen, *et. al.* El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. 3a Ed. Barcelona: Masson-Salvat ; 2005 pág-82

4.1.1.- CATORCE NECESIDADES DE ATENCIÓN

Este modelo se basó en los escritos del psicólogo Thorndike siendo estas:

- I. Respirar normalmente
- II. Comer y beber adecuadamente
- III. Eliminar los desechos corporales
- IV. Moverse y mantener posturas deseables
- V. Dormir y descansar
- VI. Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
- VII. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal, ajustando la ropa y modificando el entorno
- VIII. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
- IX. Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros
- X. Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones
- XI. Rendir culto según la propia fe
- XII. Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro
- XIII. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
- XIV. Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva el desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.²

De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson, los cuidados básicos son aquellos que llevan las enfermeras en cumplimiento de su función propia.

² Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligoo. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª Ed. Elsevier; 2003 págs. 54 y 55.

4.1.2.- FUNCIÓN DE LA ENFERMERA:

- Sustituta (Compensa lo que le falta al paciente)
- Ayudante (Establece las intervenciones clínicas)
- Compañera (Fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Entre los **supuestos principales** de la teórica, dentro de su definición de enfermería Virginia Henderson afirma que la enfermera actúa como miembro de un equipo sanitario y a su vez, actúa independientemente del médico pero apoya su plan si hay algún médico de servicio.³

4.1.3.- METAPARADIGMA

PERSONA: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad y conocimientos para lograr una vida sana.

ENTORNO: Sin definirlo explícitamente. Lo relaciona con la familia abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermera para aquellos individuos incapaces de

³ Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4a Ed. Tomo I. Madrid España: McGraw-Hill. Interamericana;2007. págs. 168 a 169

lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya la educación enfermera.

SALUD: La define como la capacidad del individuo para funcionar como independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Siete está, relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, ropa apropiada y temperatura).

Dos con la seguridad (higiene corporal, y peligros ambientales)

Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias)

Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender)

La salud puede verse afectada por factores:

Físicos: aire, temperatura, sol, etc.

Personales: Edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

ENFERMERÍA: La define como la ayuda al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimientos realizaría estas actividades sin su ayuda. La enfermera ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.⁴

⁴ Ibídem.

5.-PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1.- GENERALIDADES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería es el método para aplicar y poder administrar cuidados de enfermería organizados. Se caracteriza por ser flexible, dinámico, sistemático, humanista, intencionado, flexible e interactivo.⁵

Sistemático: por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

- **Humanista:** Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Intencionado: Por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades) , el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible: Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

⁵ Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4a Ed. Tomo I. Madrid España: McGraw-Hill. Interamericana;2007. pág. 172

Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con él (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes.⁶

5.2.- ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Anteriormente al desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona.

Con frecuencia, se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico.

El término PAE, es relativamente nuevo, fue Hall su creadora en el año de 1955. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres fases. Observación, Prestación de Ayuda y Validación. Más tarde Knowies (1967) sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: Descubrir, Investigar, Decidir, Hacer y Distinguir (en inglés las cinco "D" Discover, Delve, Decide, Do, and Discriminate). Durante las dos primeras fases, se recogen datos sobre el cliente. En la tercera (decidir), se determina un plan de acción, y durante la cuarta (hacer), la enfermera ejecuta el plan. En la quinta, (distinguir), se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

⁶ Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero: Aplicación actual-Avances Científicos. 2ª Ed. México: Cuellar, Pág. 29

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: Percepción, Comunicación, Interpretación, Actuación y Evaluación. La WICHE definió el proceso como la "Interrelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante" (WICHE, 1967) También en 1967, la facultad de Enfermería de la Universidad católica de América propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

En 1973, la Asociación América de Enfermeras (ANA), publicó los criterios de la práctica siguiendo las fases del proceso.

Como el proceso de enfermería se desarrolló en ambas maneras teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería. El concepto de diagnóstico enfermería, desarrollado entre los años de 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente

En 1973, Gabbie y Lavin en la universidad de San Luis, en la escuela de Enfermería ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería como la "conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de la enfermería (Gabbie y Lavin 1975).

En 1982 el grupo de las conferencias aceptó el nombre de Asociación de Diagnósticos de Enfermería Norte Americana (NANDA), aunque reconociendo la participación y aportaciones de las enfermeras Canadienses. En la Actualidad, este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas (NANDA 1990).

En 1980, la ANA declaró que la "enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales". Esta asociación consideró, de forma clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera acostumbrada a ello y pensara que el diagnóstico era una prerrogativa del médico. En 1982, el National Council of State Board of Nursing, definió y describió las cinco fases del Proceso Enfermero en términos propios de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.⁷

5.3.- COMPONENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas.

El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.⁸

⁷ Velázquez, S. El proceso de Enfermería: Seminario Taller. 2000.

⁸ Ibídem.

5. 3.1.-VALORACIÓN

La valoración es el punto de partida del proceso. Su finalidad es recoger datos de la persona (problemas de salud) y las respuestas humanas que se originan ante ellas, analizarlos y sintetizarlos para poder identificar las respuestas humanas.

El proceso de recogida de datos consta de las siguientes actividades:

- I. **Obtención de la información** Las fuentes de información para esta recogida de datos son el mismo cliente, la familia, su historial clínico y la información del resto de integrantes en el equipo de salud.

Los datos se clasifican en dos categorías:

- Datos subjetivos: Los que el cliente afirma. Comprende sentimientos, percepciones sobre su situación de salud (ej.: Dolor), son apreciaciones personales y no datos constatables.
- Datos Objetivos: Son la información constatable. (ej.: signos vitales) Se denominan signos, se pueden observar y medir.

Métodos de obtención de datos:

- La Observación: Consiste en darse cuenta de los hechos y conductas que van sucediendo. Exige una amplia base de conocimientos y la utilización de los sentidos de forma sistemática, empleando técnicas como la inspección, la palpación, la auscultación y la percusión.

- La Entrevista de Enfermería: Tiene cuatro funciones: Obtener información, facilitar la relación con el enfermo, facilitar información al paciente y fijar metas, para ellos se realiza una valoración física general y se establece una buena comunicación tanto verbal como no verbal.
2. **Validación de los datos:** Objetivos y subjetivos, cuando no exista seguridad sobre la información reunida
 3. **Organización de la Información:** Una vez validados los datos, es necesario agruparlos para ayudar a identificar problemas de salud.

5.3.2.- DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso se trata de un análisis de los datos obtenidos y posterior identificación de los diagnósticos y problemas interdependientes de enfermería, que serán la base del plan de cuidados. (Según la definición de Alfaro 1992).

- **Diagnostico de Enfermería.** Es un problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo), que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.
- **Problema Interdependiente:** Es un problema real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un tratamiento, enfermedad o estudio diagnóstico), y que los enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con los otros profesionales

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: Reales, de Alto Riesgo, y de Bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

- Diagnóstico de Enfermería Real: Es un juicio clínico sobre una respuesta individual familiar o de la comunidad ante problemas reales de la salud o ante procesos de vida (p. e. desesperanza, fatiga)
- Diagnóstico de Enfermería de Alto Riesgo: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema (p. e. alto riesgo de infección).
- Diagnóstico de Enfermería de Bienestar: Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado (p. e. conductas generadoras de salud).⁹

5.3.2.1. ESTRUCTURA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

El primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso de Diagnóstico Real "se aconseja un formato en tres partes: Problema + Factores relacionados (...) y datos objetivos y subjetivos"

⁹ Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4a Ed. Tomo I. Madrid España: McGraw-Hill. Interamericana; 2007. págs. 172 a 174

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos "fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos subjetivos y objetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

EL PROBLEMA se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos se unen con las características definitorias mediante la palabra MANIFESTADO POR.

En los problemas de riesgo únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de: al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a, y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por:¹⁰

5.3.2.2.- LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de Enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la décima conferencia, ordenados según las catorce Necesidades Fundamentales.

1. RESPIRAR

- Deterioro en el intercambio gaseoso

¹⁰ Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero: Aplicación actual-Avances Científicos. 2ª Ed. México: Cuellar; Págs. 51 a 69

- Incapacidad para mantener la respiración espontánea
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Patrón respiratorio ineficaz
- Potencial de asfixia
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE

- Alteración de la nutrición por defecto
- Alteración de la nutrición por exceso
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso
- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de volumen de líquidos
- Déficit potencial de volumen de líquidos
- Deterioro de la deglución
- Exceso del volumen de líquidos
- Interrupción de la lactancia materna
- Lactancia materna ineficaz
- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante
- Potencial de aspiración

3. ELIMINAR

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de autocuidado: uso WC
- Diarrea
- Estreñimiento
- Estreñimiento crónico
- Estreñimiento subjetivo

- Incontinencia fecal
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria refleja
- Incontinencia urinaria total
- Retención urinaria

4. MOVERSE

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.)
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Deterioro de la movilidad física
- Disminución del gasto cardíaco

5. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño
- Fatiga
- Intolerancia a la incapacidad
- Potencial intolerancia a la actividad

6. VESTIRSE Y DESNUDARSE

- Déficit de autocuidado
- Vestido/acicalamiento

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal

- Hipertermia
- Hipotermia
- Termorregulación ineficaz

8. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

- Alteración de la membrana mucosa oral
- Déficit de autocuidado: baño/higiene
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad hística
- Deterioro potencial de la integridad cutánea

9. EVITAR PELIGROS

- Afrontamiento defensivo
- Afrontamiento individual inefectivo
- Alto riesgo de automutilación
- Ansiedad
- Baja autoestima crónica
- Baja autoestima situacional
- Desatención unilateral
- Deterioro de la adaptación
- Disreflexia
- Dolor
- Dolor crónico
- Duelo anticipado
- Duelo disfuncional
- Negación ineficaz
- No seguimiento del tratamiento (especificar)

- Potencial de infección
- Potencial de intoxicación
- Potencial de lesión
- Potencial de traumatismo
- Potencial de violencia: auto lesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática
- Síndrome traumático de violación
- Temor
- Trastorno de la autoestima
- Trastorno de la identidad personal
- Trastorno de la imagen corporal

10.COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

- Alteración de los procesos familiares
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- Afrontamiento familiar : potencial de desarrollo
- Aislamiento social
- Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativas)
- Deterioro de la comunicación verbal
- Deterioro de la comunicación social
- Síndrome de estrés del traslado

11.ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES

- Desesperanza
- Impotencia

- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

12. PREOCUPARSE POR SER UTIL Y POR REALIZARSE

- Alteración del crecimiento, desarrollo
- Alteración de los patrones de la sexualidad
- Alteración en el desempeño del rol
- Alteración parenteral
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador
- Cansancio en el desempeño del rol cuidador
- Conductas generadoras de salud (especificar)
- Conflicto de decisiones (especificar)
- Conflicto del rol parenteral
- Dificultad en el mantenimiento de la salud
- Dificultad en el mantenimiento del hogar
- Disfunción sexual
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral

13. RECREARSE

- Déficit de actividades recreativas

14. APRENDER

- Alteración de los procesos del pensamiento
- Déficit de conocimiento (especificar)¹¹

¹¹ Phaneauf, Margor Inf. M.A. Cuidados de Enfermería: Un proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana McGraw-Hill; 1993. Pág. 93 - 102

5.3.3.- PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Un plan de cuidados ha de incluir los problemas identificados, ordenados según su importancia, los objetivos (resultados que se espera alcanzar) y las acciones que vamos a emprender para conseguirlos.

4.3.3.1.- PASOS PARA REALIZAR LA PLANEACIÓN.

1. SE FIJAN LAS PRIORIDADES: Para saber qué acciones de cuidados deben llevarse a cabo en primer lugar y cuáles posteriormente. En general se suele utilizar la jerarquización de necesidades de Maslow: Necesidades fisiológicas, Seguridad, Afecto, Pertenencia y Autorrealización
2. SE ESTABLECEN OBJETIVOS: Se elaboran sobre la base de orden de prioridades antes fijado. Cada diagnóstico de enfermería tiene su propio objetivo (metas, que nos proponemos alcanzar). Al marcar un objetivo predecimos una evolución positiva de la persona.

NORMAS PARA ESTABLECER OBJETIVOS:

- Tener en cuenta la necesidad y/o respuesta humana alterada.
- Fomentar la participación activa de la persona en los cuidados

- Indicar lo que se pretende hacer, quién lo hará, cuándo, cómo, dónde y en que medida se realizará.

Los componentes de los enunciados de los objetivos son: sujeto, verbo, condición, criterio y tiempo. Han de ser realistas, proponer objetivos alcanzables y tener en cuenta el factor tiempo y la consecución de los mismos.

3. SE DETERMINAN LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

Estas van dirigidas a proporcionar bienestar, prevenir complicaciones, promover, mantener y restablecer la salud.

Las intervenciones de enfermería son:

Intervenciones Independientes: Derivadas del tratamiento médico.

Intervenciones Interdependientes: Órdenes de enfermería. Son las actividades programadas por enfermería. Deben ser claras, precisas y exactas. Adecuadas a los recursos de que se dispone, individualizadas, favorecedoras de un entorno terapéutico y consecuente con el plan terapéutico general.

4. DOCUMENTAR EL PLAN DE CUIDADOS:

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

5.3.3.- PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en "la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Un plan de cuidados ha de incluir los problemas identificados, ordenados según su importancia, los objetivos (resultados que se espera alcanzar) y las acciones que vamos a emprender para conseguirlos.

4.3.5.- PASOS PARA REALIZAR LA PLANEACIÓN.

1. SE FIJAN LAS PRIORIDADES: Para saber qué acciones de cuidados deben llevarse acabo en primer lugar y cuáles posteriormente. en general se suele utilizar la jerarquización de necesidades de Maslow: Necesidades fisiológicas, Seguridad, Afecto, Pertenencia y Autorrealización
2. SE ESTABLECEN OBJETIVOS: Se elaboran sobre la base de orden de prioridades antes fijado. Cada diagnóstico de enfermería tiene su propio objetivo (metas, que nos proponemos alcanzar). Al marcar un objetivo predecimos una evolución positiva de la persona.

NORMAS PARA ESTABLECER OBJETIVOS:

- Tener en cuenta la necesidad y/o respuesta humana alterada.
- Fomentar la participación activa de la persona en los cuidados

progreso del paciente – Evaluar el propio método y Evaluar la calidad profesional.

La evaluación tiene varios tipos de resultados posibles:

- Resultados Positivos: cumplimiento de los objetivos.
- Resultados Negativos: La persona no ha logrado cumplir los objetivos. Se inicia el proceso de retroalimentación.
- Resultados Anticipados: Son resultados positivos o negativos que se han producido antes de realizar las actividades.
- Resultados Inesperados: Resultados negativos que surgen a raíz de una complicación. No existe relación entre las actividades efectuadas y los resultados. Se inicia el proceso de retroalimentación.

El proceso de retroalimentación es el proceso de enfermería a la inversa. Cada etapa es revisada y, si se precisa, modificada.¹²

5.4.- VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la Profesión, el Cliente y la Enfermera; Profesionalmente el Proceso Atención Enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de Enfermería produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalización.

¹² Lourdes Casillas Santana. Manual CTO de Enfermería. 4a Ed. Tomo I. Madrid España: McGraw-Hill. Interamericana;2007. págs. 155 a 179

5.4.1.- VENTAJAS PARA EL PACIENTE:

- Calidad en el Cuidado. Este se planifica para encontrar necesidades particulares del individuo, la familia o la comunidad.
- Continuidad del Cuidado. El hecho de contar con un plan por escrito, facilita que todas las personas implicadas en el cuidado puedan acceder a él, con lo que se evita que el cliente tenga que repetir la información a cada uno de los miembros del equipo.
- Participación de los Clientes en el Cuidado de Salud. El proceso facilita que los clientes desarrollen las capacidades relacionadas con su propio cuidado, de forma que se comprometan en mayor medida para alcanzar las metas.

5.4.2.- VENTAJAS PARA LA ENFERMERA

- Educación Constante y Sistemática. Se requiere ser graduada para poder utilizar el PAE. Además, los exámenes de licenciatura de enfermería en los Estados Unidos se basan en las actividades del PAE.
- Satisfacción en el Trabajo. El profesional asegura las identificaciones correctas de los problemas del cliente, favorece la coordinación y evita el trabajo por ensayo- error.
- Crecimiento Profesional. A través de la evaluación, la enfermera aprende qué cuidados son efectivos, y cuales tienen que adaptarse para cubrir necesidades.

- **Evita Acciones Legales.** La enfermera cumple con sus obligaciones legales cuando aplica cuidados de enfermería previamente pactados mediante la ejecución de todas las fases del proceso.
- Alcanzar los Modelos de Enfermería Profesional. El criterio de los estándares de la práctica de enfermería.
- Alcanzar los Modelos de Hospitales Acreditados. En otros países exige que el proceso de enfermería sea utilizado y que sea accesible un plan escrito de cuidados, por cada paciente.¹³

¹³ Rosalinda Alfaro Lefevre. Aplicación del proceso de Enfermería: Guía Práctica. 2ª Ed. Barcelona España: Doyma; 1992.

6.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

6.1.- Ficha de Identificación:

Fecha: 18 de abril del 2008.

Nombre: Dinorah Álvarez Domínguez.

Sexo: Femenino

Edad: 36 años.

Estado Civil: Casada.

Talla: 1.54 cm.

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria

Domicilio: Calle Abasolo N°200 Col. Cuauhtémoc, Jojutla Morelos

Teléfono: 01 734 3 42 07 60

Procedencia: Jojutla, Morelos.

6.2.- PRESENTACIÓN DEL CASO:

AP. El día 18 de abril del presente año, en el servicio de consulta externa de perinatología del Hospital General de Jojutla "Dr. Ernesto Meana San Román" Acude la señora DDA a su primer consulta de especialidad referida de su centro de salud por ser embarazo de alto riesgo. Se trata de secundigesta añosa de 36 años de edad de sexo femenino, con peso de 84.500 kg. y una estatura de 1.54 cm., de ocupación ama de casa, escolaridad secundaria.

APNP. Originaria de Jojutla, Morelos. Casada, católica, ama de casa, vive en

casa de sus suegros con su esposo y su hijo de 1 año 4 meses de edad, la casa cuenta con todos los servicios urbanos. Baño diario con cambio de ropa completa, inmunizaciones completas. Incluye en sus alimentos:

Huevo 1 vez a la semana, leche se toma 1 vaso en las mañanas y antes de dormir, pan se come hasta tres piezas al día, refresco se llega a terminar en la hora de la comida hasta casi un litro, pastas 2 veces por semana, carne roja 3 veces por semana, carne blanca 3 veces por semana, agua solo un vaso en todo el día, verduras 1 vez por semana.

APP.- La hicieron una resección de quiste tiroideo en el año 1996, y en 1997 la operaron de colecistectomía laparoscópica.

AHF.-

Padre: con problemas de colesterol controlado desde hace 5 años

Madre: Hipertensa desde hace 20 años también controlada

Tiene 7 hermanos de los cuales son 4 mujeres y 3 hombres:

Hermano: Hipertensión pulmonar

Hermana: que presentó diabetes gestacional en su primer embarazo hace 7 años y que continúa con diabetes mellitus tipo II

Hermana con hipotiroidismo controlado

Hermana: Colesterol alto e insuficiencia venosa desde hace 3 años.

Hermana: Hipertiroidismo de hace 5 meses controlado.

AGO: Menarca a los 12 años de edad con ritmo de 30x7, I.V.S.A a los 33 años de edad a tenido una solo compañero sexual, Gesta II, Para 0, Cesáreas I,

Abortos 0, Papanicolaou NO, fecha ultima de gesta 14 de diciembre de 2007, de producto hombre que peso 3 840 grs. Y midió 53 cm. Teniendo por lo tanto un periodo intergenesico corto a la fecha actual de embarazo.

F.U.R. 11 de noviembre de 2007, F.P.P. 18 agosto de 2008, en este momento cuenta con 23.1 SDG.

A la exploración física se encuentra con abdomen globoso a expensas de producto de la gestación, con F.U. de 22 cm., F.C.F. 158 x min. , sin perdidas transvaginales, por USG, producto único, en posición sentado, liquido amniótico dentro de los parámetros normales, placenta inmadura, , mamas turgentes con pezón normal, línea oscura en abdomen, no hay edema, movimientos fetales presentes a la exploración,

T/A 100/70, Pulso: 84 xmin, Resp 20 xmin, Temp. 36 °C en estudios hematológicos se reporta Gpo. A RH +, Hemoglobina de 12.1 g/dl, colesterol de 200 mg/dl, **uroanálisis**, glucosa en orina +++++, cuerpos cetónicos 60 mg/dl, albumina 10mg/dl, Se tomo un perfil tiroideo el 4 de enero de 2008 reportando parámetros normales.

Peso actual 84.500 gr, Peso antes del embarazo 72 kg.

Al interrogatorio refiere que evacua diario de consistencia blanda, eliminación vesical casi cada 2 horas, en varias ocasiones le a dado insomnio, por lo regular se toma un descanso de una hora los días que se encuentra en su casa, dice sentirse desesperada o triste, a veces le dan dolores de cabeza.

6.3.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En el plan de cuidados se detectaron los siguientes diagnósticos de Enfermería.

DIAGNOSTICOS REALES

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Nutrición e Hidratación	Desequilibrio Nutricional por Exceso, relacionado a hábitos alimentarios inadecuados, manifestado por un índice de masa corporal de 33.75
Eliminación	Alteración del metabolismo de filtración y metabolismo de la glucosa, relacionado a la ingesta de grandes cantidades de carbohidratos, manifestado por la presencia anormal de glucosa en orina
Dormir y Descansar	Sueño y descanso alterado, relacionado a preocupación y temor de que le pudiese pasar algo a ella o a su hijo, manifestado por quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.
Evitar Peligros	Ansiedad, relacionado a amenaza de cambio de salud, manifestado por inquietud, preocupación y angustia

DIAGNOSTICOS POTENCIALES

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Evitar Peligros	➤ Riesgo de desencadenar Diabetes Gestacional, relacionado a sobre peso y antecedentes por vía horizontal (hermana).
	➤ Riesgo de desencadenar preeclampsia temprana, Relacionado a presencia de albumina en orina

DIAGNÓSTICOS DE SALUD

Potencial de aumento de mejorar su salud para evitar o retardar los riesgos de salud

6.4.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- Desequilibrio Nutricional por Exceso, Relacionado a hábitos alimentarios inadecuados, manifestado por un índice de masa corporal de 33.75 además de embarazo.

OBJETIVO

Que la señora DDA comience a ingerir una dieta balanceada para que en el lapso de un mes (18 de mayo), se vea reflejado una disminución de peso y así mismo continuar con el mismo régimen alimenticio o modificarlo para que recupere su peso adecuado sin afectar al feto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✓ Interconsulta con nutrición.✓ Explicar la importancia de la buena nutrición para la salud global de la mujer embarazada.✓ Orientarla a que coma menos azúcares, harinas y refrescos✓ Sugerir que camine 20 minutos diario✓ Indicar la importancia de los suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo✓ Que la paciente conozca los riesgos que conlleva la obesidad así como también las medidas preventivas.	<p>La señora Dinorah entendió sobre la importancia de una buena alimentación y de los riesgos que puede tener por un exceso de peso.</p>

2.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Alteración del metabolismo de filtración y metabolismo de la glucosa, relacionado a la ingesta de grandes cantidades carbohidratos, manifestado por la presencia anormal de glucosa en orina.

OBJETIVO

- Lograr que la paciente disminuya la ingesta de carbohidratos lo mas pronto posible
- Evaluar cifras de glicemia y control con medicamento y/o dieta.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Explicar sobre la fisiopatología de la diabetes.❖ Orientación sobre la prueba de tolerancia a la glucosa y glucemias en ayunas❖ Disminuir carbohidratos en sus alimentos	La señora Dinorah redujo mucho la ingesta de carbohidratos además de que ya conoce todo lo relacionado a la diabetes mellitus

3.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

- Sueño y descanso alterado, relacionado a preocupación y temor de que le pudiese pasar algo a ella o a su hijo, manifestado por quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.

OBJETIVO

- La señora Dinorah logrará descansar y dormir.
- Disminuirá su miedo y preocupación por medio de la información y apoyo otorgado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Disminuir en lo posible el ruido para favorecer el descanso y sueño ❖ Aplicar técnicas simples de relajación ❖ Fomentar momentos de tranquilidad antes de acostarse como leer o ver televisión ❖ Recomendar a los familiares propiciar un ambiente favorable para descansar ❖ Sugerir baño tibio antes de dormirse ❖ Brindar apoyo emocional	<p>Fue muy favorable la intervención de sus familiares y de ella misma ya que la paciente al no sentirse sola y saber que muchas cosas se pueden prevenir y detectar a tiempo se sintió mas tranquila y refiere dormir un poco mejor.</p>

4.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Ansiedad Relacionado a amenaza de cambio de salud Manifestado por preocupación y angustia de que le pudiese pasar algo a ella o a su hijo no nacido.

OBJETIVO

- Lograr que la paciente se sienta más tranquila.
- La señora DDA lograra un afrontamiento eficaz

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">❖ Valorar el nivel de ansiedad❖ Brindar Apoyo emocional (permitirle que hable, que grite, que camine, contacto)❖ Establecer una relación de confianza	<p>La señora DDA se siente más tranquila, cuenta con el apoyo de toda su familia.</p> <p>Y esta consiente de que la participación de ella en una forma responsable disminuirá o retardara los posibles riesgo de salud a desencadenarse</p>

5. Riesgo de desencadenar Diabetes Gestacional Relacionado a sobre peso y antecedentes por línea horizontal (hermana).

OBJETIVO

- La señora Dinorah conocerá sobre la fisiopatología de la diabetes gestacional y mejorará su estilo de vida para prevenir o retardar la enfermedad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ❖ Explicar todo lo referente a la diabetes mellitus y diabetes Gestacional
- ❖ Ingesta de nutrientes equilibrada
- ❖ Disminución de ingesta de carbohidratos
- ❖ Establecer un plan rutinario de ejercicios como caminata
- ❖ Dar a conocer los signos y síntomas de alarma que indiquen el desencadenamiento de la diabetes mellitus como :
 - (Sed poco común).
 - Orinar frecuentemente.
 - Hambre extrema pero al mismo tiempo pérdida de peso.
 - Visión borrosa.
 - Náusea y vómito.
 - Debilidad y cansancio extremos.
 - Irritabilidad y cambios en el estado de ánimo.

- ❖ Glicemias de control cada ocho días por tres meses y posterior cada mes
- ❖ Control prenatal estricto
- ❖ Realizar prueba de tolerancia a la glucosa
- ❖ Evitar dulces
- ❖ Programar cita con nutriólogo para establecer una dieta adecuada de acuerdo a sus necesidades calóricas sin comprometer la salud de la madre y el producto
- ❖ Vigilancia continua de glucosa en orina y sangre capilar
- ❖ Orientación y consejería sobre planificación familiar
- ❖ Promover la lactancia materna
- ❖ Programar visita domiciliaria para platicar con las personas que rodean a la paciente y comprometerlas para que contribuyan en la mejora de la salud.

EVALUACIÓN

Se realizaron 3 visitas domiciliarias una por semana donde les explique todo lo referente a la diabetes mellitus y las clasificaciones de la misma así como también la importancia de una alimentación saludable en donde el compromiso por cada uno de ellos fue favorable.

6. Riesgo de desencadenar preeclampsia temprana Relacionado a presencia de albumina en orina.

OBJETIVO

- La señora DDA sabrá detectar los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ❖ Control prenatal estricto
- ❖ Disminuir la ingesta de sal(sugerir sustituto de sal)
- ❖ Ingesta de nutrientes equilibrada
- ❖ Disminución de ingesta de carbohidratos
- ❖ Establecer un plan rutinario de ejercicios como caminata
- ❖ Realizar examen general de orina de control para detectar incremento de eliminación de proteínas.
- ❖ Medición de presión arterial constante
- ❖ Programar cita con nutriólogo para establecer una dieta adecuada de acuerdo a sus necesidades calóricas sin comprometer la salud de la madre y el producto
- ❖ Orientación y consejería sobre planificación familiar
- ❖ Promover la lactancia materna
- ❖ Programar visita domiciliaria para platicar con las personas que rodean a la paciente y comprometerlas para que contribuyan en la mejora de la salud.

EVALUACIÓN

La señora ha demostrado disposición a la enseñanza y manifiesta agradecimiento por la atención que se le brinda.

7. DIAGNOSTICO DE SALUD

Potencial de aumento de mejorar su salud para evitar o retardar los riesgos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- ❖ dar a conocer los alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales.
- ❖ Enseñar la técnica de exploración mamaria
- ❖ Informar sobre la importancia de realización de colposcopia y Papanicolaou
- ❖ Cocer bien las carnes
- ❖ Desinfectar frutas y verduras
- ❖ Baño diario
- ❖ Cambio de ropa diario
- ❖ Limpieza dental
- ❖ Disminuir carbohidratos y sal en los alimentos
- ❖ Evitar tomar refrescos y alimentos enlatados
- ❖ Aplicarse la vacuna de la influenza en el mes de diciembre
- ❖ Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño
- ❖ Control de glicemias y examen de orina constante
- ❖ Caminar diario por 20 minutos de preferencia después de la comida

EVALUACIÓN

Hay mucha disposición por parte de la señora Dinorah en mejorar su estilo de vida para prevenir enfermedades crónicas degenerativas, por miedo a que ella ya es grande y sus hijos son pequeños

7.- CONCLUSIONES.

La profesionalización en Enfermería exige cambios y obligan a la enfermera (o) a una formación continua y responsable para mantener al día sus conocimientos asegurando con ella una atención con calidad al paciente, familia y comunidad.

La enfermera profesional requiere del Proceso Atención de Enfermería como método de atención, que nos va permitir identificar problemas de salud, objetivos alcanzables y brindar atención específica e individualizada

La conclusión que apporto de este Proceso Atención de Enfermería es que la participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia tiene una participación muy importante y responsable con la población en edad reproductiva con quien se puede y tiene que trabajar de preferencia en un primer nivel de atención educando y concientizando sobre los principales problemas de salud que afectan a la embarazada en este caso hablando de la Diabetes Gestacional por mencionar algunos.

Es por ello que aplique el modelo conceptual de Virginia Henderson a una mujer embarazada entrevistándola para obtener información lo más fiable posible, y esto me dio origen a la elaboración de diagnósticos de enfermería, además de que me permitiría aplicar las intervenciones planeadas, y en su momento saber si eran congruente con sus necesidades o hacer cambios necesarios.

Dentro de la evaluación me di cuenta de la aceptación y el cambio de actitud, ella mismo puede expresar el porque este cambio y el benéfico que ha logrado

para un buen control de su glucosa y de su embarazo, expreso los signos y síntomas de alarma además de lo que debe de hacer en caso de presentar alguno de ellos.

Desde mi punto de vista fue un reto el realizar este proceso con una persona que no tiene una preparación, que es de nivel socioeconómico medio, pero nosotros como profesionista de la salud es un reto ya que este padecimiento crónico degenerativo ocupa hoy en la actualidad los primeros lugares y no es imposible poder satisfacer sus necesidades como ser humano.

Además de que me siento satisfecha de los logros obtenidos en el plazo que me planteé ya que estos fueron positivos.

8.- SUGERENCIAS

Dentro del ámbito de los profesionales de enfermería y obstetricia queda mucho por hacer desde mi punto de vista en el aspecto primario.

Dentro de mis sugerencias es que debemos de trabajar los 3 niveles de atención y compartir la misma responsabilidad con la difusión de educación a la salud.

Es de suma importancia que todas las enfermeras y enfermeros conozcamos y nos familiaricemos con la elaboración del Proceso Atención de Enfermería para detectar oportunamente datos de alarma que indiquen riesgos para la salud

Desde mi punto de vista creo que es importante la estandarización de protocolos de atención para reducir el tiempo de estancia hospitalaria y con ella un menor gasto de recursos materiales y financieros en las instituciones.

Realizar promoción para la salud es un gran reto al cual estamos comprometidos sabemos que nos es fácil pero tampoco difícil de lograrlo cuando se trabaja en equipo y con responsabilidad.

9.- GLOSARIO.

A.G.O.: Antecedentes Gineco obstétricos

A.H.F.: Antecedentes Heredo Familiares.

A.P.: Antecedentes Familiares.

A.P.N.P.: Antecedentes Personales No Patológicos.

A.P.P.: Antecedentes Personales Patológicos.

D.G.: Diabetes Gestacional

Diagnóstico: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

Diagnóstico Enfermero: Proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera es responsable.

Diagnóstico Enfermero Real: Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas).

Diagnóstico de Riesgo: Está poyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Entorno: Ambiente social que rodea a una persona.

Epistemología: Teoría del conocimiento general o de los fundamentos de una ciencia particular.

Evaluación: Valoración que se hace de las aptitudes y méritos de una persona o de los conocimientos de un alumno.

Función: Actividad propia de un ser vivo y de sus órganos.

H.T.A.: Hipertensión Arterial.

Metaparadigma:

Modelo: Es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física.

Persona: Individuo de la especie humana.

Pronostico: Juicio médico respecto a la probable evolución de una enfermedad.

Salud: Estado en el que el ser orgánico ejerce con normalidad todas sus funciones.

Supuestos: Son enunciados que se admiten como ciertos sin ninguna prueba o demostración. Se Clasifican en explícitos e implícitos.

Teoría: Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.

10.- BIBLIOGRAFIA.

1. Fernández Ferrín, Carmen, et, al. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. 3a Ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2005.
2. Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligoo. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª Ed. Elsevier; 2003.
3. R.L. Wesley. Teorías y Modelos de Enfermería [Monografía en Internet] [acceso 20 mayo 2008]. Disponible en:
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asinat_tear_metod5.htm.
4. Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero Aplicación Actual: Avances Científicos. 2ª Ed. México: Cuellar.
5. Velázquez, S. El proceso de Enfermería: Seminario Taller. 2000.
6. Phaneauf, Margor Inf. M.A. Cuidados de Enfermería: Un proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana McGraw-Hill; 1993.
7. Rosalinda Alfaro Lefevre. Aplicación del proceso de Enfermería: Guía Práctica. 2ª Ed. Barcelona España: Doyma; 1992.
8. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones. Elsevier. 2005-2006.
9. Lynda Juall Carpenito. Diagnóstico de Enfermería. 5a Ed. España: Mcgraw-Hill Interamericana; 1998.
10. Medelyn T. Nordmark, Anne W. Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. 2a Ed. México: El Manual moderno; 2002.

11. Tucker, Canobbio, Paquette, Wells. Normas de Cuidados del Paciente. Barcelona España: Harcourt/océano.
12. El Manual Merck: de Diagnóstico y Terapéutica. 9a Ed. Madrid España: Harcourt Brace; 1994.
13. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin, Neri Laufer. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 9a Ed. México: Manual Moderno. 2007.
14. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care [Monografía en Internet] -2008 [Acceso 15 julio 2008]
Disponibile en:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003466.htm - 28k

11.- ANEXOS.

11.1.- MARCO REFERENCIAL

11.2.- HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (TOXEMIA)

Definición

Es la presencia de hipertensión arterial y proteína en la orina que se desarrolla después de la semana 20 del embarazo.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La causa exacta de la preeclampsia no se conoce. Las posibles causas abarcan:

- Trastornos autoinmunitarios
- Problemas vasculares
- Dieta
- Genes

La preeclampsia se presenta en un pequeño porcentaje de embarazos y los factores de riesgo abarcan:

- Herencia afroamericana
- Primer embarazo
- Embarazos múltiples
- Madres de más de 35 años

- Antecedentes de diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal

Síntomas

Los síntomas de preeclampsia pueden abarcar:

- Dolores de cabeza
- Edema de manos y cara
- Aumento de peso
 - más de 1 kg (2 libras) por semana
 - súbito en un período de 1 a 2 días

Nota: se considera normal que se presente algo de hinchazón en los pies y los tobillos durante el embarazo.

Otros adicionales que pueden ocurrir con la enfermedad son:

- Dolor abdominal
- Agitación
- Disminución del gasto urinario
- Náuseas y vómitos
- Cambios en la visión

Signos y exámenes

- Aumento de la presión arterial
- Pruebas de función hepática elevadas
- Conteo de plaquetas inferior a 100.000 (trombocitopenia)
- Proteína en la orina

- Hinchazón en la parte superior del cuerpo
- Aumento de peso

Tratamiento

La única forma de curar la preeclampsia es dar a luz al bebé. Sin embargo, si ese parto pudiera ser muy precoz (prematureo), la enfermedad se puede manejar con reposo en cama, control exhaustivo y realizar el parto tan pronto como el bebé tenga buenas probabilidades de sobrevivir por fuera del útero.

Las pacientes generalmente se hospitalizan, pero a veces esto se puede manejar en el hogar con un cuidadoso control de la presión arterial, de la orina y del peso.

Lo ideal es que la afección se pueda manejar de manera tal que la madre pueda dar a luz después de la trigésima séptima semana del embarazo.

El parto se puede inducir si se presentan algunos de los siguientes factores:

- Dolor abdominal
- Perfil biofísico anormal (un examen para vigilar la salud del feto)
- Pruebas de la función hepática anormales
- Presión arterial diastólica superior a 100 mmHg en forma sistemática por un periodo de 24 horas o si hay una lectura confirmada de más de 110 mmHg
- Eclampsia
- Insuficiente crecimiento fetal
- Edema pulmonar

- Síndrome de Hellp
- Conteo bajo de plaquetas
- trombocitopenia
- Aumento de la Creatinina

En casos graves de preeclampsia, si el embarazo está entre las semanas 32 y 34, se opta por el parto. En embarazos de menos de 24 semanas, se recomienda inducir el parto, aunque la probabilidad de supervivencia del feto es muy pequeña.

Se ha demostrado que la prolongación de tales embarazos puede llevar a problemas en la madre en la mayoría de los casos y también se puede presentar la muerte del bebé. Los embarazos entre las semanas 24 y 34 de gestación son una "zona gris" y tanto el equipo médico como los padres pueden demorar el parto con el fin de permitir que el feto madure.

Durante este tiempo, se trata a la madre con inyecciones de esteroides que ayudan a acelerar la maduración de algunos órganos fetales, incluyendo los pulmones. Se ejerce un control permanente sobre la madre y el bebé para observar complicaciones.

Pronóstico

La muerte de la madre causada por preeclampsia es rara en los Estados Unidos. Las muertes fetales o perinatales son altas a comienzos del embarazo y generalmente disminuyen a medida que el feto madura. Existe un riesgo de padecer preeclampsia de nuevo en embarazos posteriores. La preeclampsia no parece conducir a hipertensión arterial crónica.

Complicaciones

La preeclampsia puede progresar a eclampsia y se pueden presentar complicaciones si el bebé nace prematuro.

Prevención

Aunque no hay una forma conocida de prevenir la preeclampsia, es importante que todas las mujeres embarazadas comiencen el cuidado prenatal de manera temprana y lo continúen durante el embarazo. Esto le permite al médico detectar y tratar afecciones como la preeclampsia con prontitud.¹⁴

¹⁴ El Manual Merck: de Diagnóstico y Terapéutica. 9a Ed. Madrid España: Harcourt Brace; 1994Págs. 2071-2073.

11.3.- DIABETES GESTACIONAL (D.G)

La Diabetes Gestacional (DG) en el embarazo se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se reconoce por primera vez en el embarazo. En la mayor parte de los casos de DG, las concentraciones de glucosa se normalizan después del nacimiento.

Aún se desconoce la patogénesis de la diabetes gestacional; sin embargo, se admite que los cambios en la acción de la insulina condicionan la adaptación del metabolismo materno para favorecer la disposición de los nutrientes que requiere el feto para su desarrollo.

De esta forma se establece un estado de resistencia a la insulina que genera mayor producción de insulina a fin de compensar dicha resistencia, siempre que exista suficiente reserva funcional pancreática.

Sin embargo, las células- β del páncreas podrían estar lesionadas y ser insuficientes para compensar esta demanda, lo que desencadenaría la hiperglucemia en el embarazo.

La DMG complica casi el 4% de los embarazos. Las mujeres con DG tienen cerca de 50% de riesgo de desarrollar diabetes tipo II en los siguientes 10 años. El crecimiento y madurez normal del feto se asocian de forma cercana con el aporte normal de nutrientes, especialmente glucosa. La duración y el grado de hiperglucemia están directamente relacionados con crecimiento excesivo, especialmente en el tercer trimestre, hay enlaces de desenlaces adversos, malformaciones congénitas, nacimiento prematuro, pielonefritis, preeclampsia,

meconio in útero, trastornos de la frecuencia cardiaca fetal, nacimiento por cesárea y mortinato.

INCIDENCIA Y ETIOLOGÍA.

La incidencia de la diabetes gestacional va desde el 1% en áreas rurales con población predominantemente de raza blanca hasta ,12% en regiones urbanas racialmente heterogéneas.

La evaluación del riesgo de DG se lleva acabo en la primera visita de control prenatal en todas las mujeres en quien no se haya diagnosticado diabetes mellitus. Las mujeres con factores de riesgo deben ser estudiadas lo más pronto posible.

Dentro de los factores de riesgo se incluye:

- La obesidad (índice de masa corporal antes del embarazo arriba de 30)
- Antecedentes de DMG
- Glucosuria intensa
- Antecedentes de Mortinato de causa inexplicable
- Antecedentes de lactante nacido con una malformación mayor
- Historia familiar de diabetes en pariente de primer grado.

Todos las mujeres de riesgo común o riesgo elevado deben estudiarse entre las semanas 24 y 28 del embarazo de la gestación.¹⁵

¹⁵ Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin, Neri Laufer. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 9a Ed. México: Manual Moderno. 2007.

11.4.- PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL

Definición

Es un método de laboratorio para verificar la forma en que el cuerpo metaboliza o descompone el azúcar de la sangre.

Forma en que se realiza el examen

La glucosa es el azúcar que el cuerpo utiliza como energía. Las personas que padecen de diabetes no tratada tienen altos niveles de glucosa en la sangre y las pruebas de tolerancia a la glucosa son una de las herramientas para diagnosticarla.

La prueba más común de tolerancia a la glucosa es la oral. La persona no puede comer ni beber nada después de la media noche antes del examen. Para el examen, se le solicita al paciente que se tome un líquido que contiene una cierta cantidad de glucosa. Se toman muestras de sangre antes de hacer esto y de nuevo cada 30 a 60 minutos después beber la solución, hasta por 3 horas.

Los niveles de glucosa en la sangre por encima de los límites normales en los momentos en que se hacen las mediciones se pueden utilizar para diagnosticar diabetes tipo 2 o diabetes gestacional (altos niveles de glucosa durante el embarazo). También se pueden medir los niveles de insulina, la hormona producida por el páncreas que mueve la glucosa desde el torrente sanguíneo hasta las células.

Preparación para el examen

Se recomienda comer normalmente durante algunos días antes del examen, pero se debe suspender la ingesta de alimentos y de líquidos durante las últimas 12 horas y tampoco se puede comer nada durante el examen.

Además, la persona le debe consultar al médico si está usando medicamentos que puedan interferir con los resultados del examen.

Razones por las que se realiza el examen

El examen oral de tolerancia a la glucosa se utiliza para evaluar a las mujeres embarazadas por diabetes gestacional entre las semanas 24 y la 28 de embarazo. Este examen o prueba también se puede utilizar en casos en los que se sospeche la presencia de esta enfermedad, a pesar de tener un resultado normal de glucosa sanguínea en ayunas.

Valores normales

Los valores sanguíneos normales para una prueba de tolerancia a la glucosa oral con 75 gramos, utilizada para detectar diabetes tipo 2 son:

- Ayunas: 60 a 100 mg/dL
- 1 hora: menos de 200 mg/dL
- 2 horas: menos de 140 mg/dL. Entre 140 y 200 se considera que existe deterioro en la tolerancia a la glucosa o prediabetes. Este grupo está en mayor riesgo de desarrollar diabetes. Los niveles por encima de 200 mg/dL indican un diagnóstico de diabetes mellitus.

Los valores sanguíneos normales para una prueba de tolerancia a la glucosa oral con 50 gramos, utilizada para detectar diabetes gestacional son:

- 1 hora: menos de 140 mg/dL.

Los valores sanguíneos normales para una prueba de tolerancia a la glucosa oral con 100 gramos, utilizada para detectar diabetes gestacional son:

- Ayunas: menos de 95 mg/dL
- 1 hora: menos de 180 mg/dL
- 2 horas: menos de 155 mg/dL
- 3 horas: menos de 140 mg/dL

Significado de los resultados anormales

Los valores de glucosa superiores a los niveles normales pueden ser indicio de que la persona tiene diabetes o diabetes gestacional.

Cuáles son los riesgos

Los riesgos derivados de la extracción de sangre de una vena son, entre otros:

- Sangrado excesivo
- Desmayo o sensación de mareo
- Hematoma
- Infección
- Múltiples punciones para localizar las venas

Consideraciones especiales

Factores que interfieren:

- Estrés agudo (por ejemplo, por una cirugía o una infección)
- Ejercicio vigoroso

Algunos medicamentos pueden producir intolerancia a la glucosa, como:

- Los diuréticos tiazídicos (por ejemplo, la hidroclorotiazida)
- Los betabloqueadores (por ejemplo, el propanolol)
- Los anticonceptivos orales (pastillas anticonceptivas)
- Los corticosteroides (por ejemplo, la prednisona)
- Ciertos medicamentos psiquiátricos ¹⁶

¹⁶ American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care [Monografía en Internet] -2008 [Acceso 15 julio 2008] Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003466.htm - 28k

11.5.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

NECESIDADES FUNDAMENTALES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 X min. DISNEA no RINITIS no GRIPE no ASMA no
TOS no ORTOPNEA no UNGUEAL no CIANOSIS BUCAL no OTROS

2.- NECESIDADES NUTRICIONALES

PESO ANTES DEL EMBARAZO 72 Kg. PESO ACTUAL 84.500 Kg. TALLA 1.54 cm.
HEMOGLOBINA 12.1 mg/dl HEMATOCRITO 35.7 mg COLESTEROL 200 mg/dl TRIGLICERIDOS 171 mg/dl

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL DIARIO si C/ 3er. día no CARACTERÍSTICAS normales USO DE LAXANTES no
ELIMINACIÓN VESICAL HORARIO Cada 2 horas CARACTERÍSTICAS Amarillo ámbar

4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO CARDIACO

FRECUENCIA CARDIACA 84 Por minuto TENSIÓN ARTERIAL 110/70 mmHg
ALTERACIONES CARDIACAS no PATOLOGÍA CARDIACA no CARACTERÍSTICAS
FRECUENCIA CARDIACA FETAL 121/150 151/160 si 110 MENOS 161 Y MAS
INTENSIDAD normal RITMO ALTERACIONES
MOTILIDAD FETAL ESPONTÁNEA si MOTILIDAD FETAL C/ ESTÍMULO no HIPOMOTILIDAD no
VALORACIÓN DE LA RESPUESTA FETAL REACTIVA si NO REACTIVA BRADICARDIA TAQUICARDIA

CEREBRAL

CEFALEA si TEMBLORES no DEPRESIÓN no ANSIEDAD si INSOMNIO Si
NIVEL DE CONCIENCIA CONCIENTE si SEMICONSCIENTE INCONSCIENTE
RESPUESTA PUPILAR NORMAL si MIDRIASIS MIOSIS ANISOCORIA
APERTURA DE OJOS ESPONTÁNEA si CON ESTÍMULO
RESPUESTA VERBAL CONGRUENTE VOLUNTARIA si INCONGRUENTE
RESPUESTA MOTORA LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES

PERIFERICO

PULSO RADIAL AUSENTE DEBIL NORMAL si FUERTE
 COLOR DE LA PIEL PALIDEZ no CIANOSIS no ICTERICIA no RUBOR no CLOASMA No
 LLENADO CAPILAR 2 segundos NORMAL DISMINUIDO
 CRECIMIENTO DE MAMAS TURGENTES si PEZON INVERTIDO PEZON PLANO PEZON NORMAL Si
 CRECIMIENTO UTERINO ALTURA DE FONDO UTERINO 22 cm ACTITUD
 PESO FETAL POR VALORACIÓN DE JHONSON TOSHACH 2500-3499 Gr. 2000-2499 gr. 3500-3999 gr.
 MENOS 2000 si 4000 Y MAS
 PRESENTACIÓN FETAL POSICIÓN FETAL SITUACIÓN FETAL
 PRODUCTO UNICO si 2 O MÁS PRODUCTOS

5.- NECESIDAD DE DESCANSO

REPOSO 1 hora por las tardes HORAS RECUPERACION POST ANESTESICA HORAS

6.- NECESIDAD DE HIGIENE

BAÑO FRECUENCIA diario ASEO PARCIAL
 CAMBIO DE ROPA TOTAL FRECUENCIA diario CAMBIO DE ROPA PARCIAL FRECUENCIA

7.- NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

TEMPERATURA CORPORAL 36 - 37 36°C MENOS DE 36 MAYOR DE 37

8.- NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL

EPISIOTOMIAS NÚMERO MOTIVO FECHA DE LA MÁS RECIENTE

OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS (Describir: Tipo, Fecha y Motivo)

Resección de quiste tiroideo en 1996, y en 1997 la operaron de colecistectomia laparoscopica, cesárea 2007

9.- NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

GRUPO SANGUÍNEO DEL PADRE FACTOR SANGUINEO DEL PADRE POSITIVO NEGATIVO

PATOLOGIA

DIABETES	NO	X	SI	CONTROLADA	DESCOMPENSADA	INSULINO DEPENDIENTE	HIPOGLUCEMIANTES
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	NO	X	SI	CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS	
CARDIOPATIA	NO	X	SI	CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS	
NEFROPATIA	NO	X	SI	CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS	

EPILEPSIA NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 ENFERMEDAD TIROIDEA NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 NEOPLASIAS NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 RETRASDO MENTAL NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 ALTERACIONES DE SALUD MENTAL NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 TOXOPLASMOSIS NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 SIFILIS NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 RUBEOLA NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 CITOMEGALOVIRUS NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 HERPES NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 SIDA NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 CERVICO VAGINITIS NO X SI LEUCORREA ARDOR VAGINAL COMEZÓN

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTAS	2	PARTOS	0	CESAREAS	1	ABORTOS	0	NACIDOS MUERTOS	
FECHA DE ULTIMA GESTA	14/12/07	HIJO MALFORMADO		HIJO DE 400 G Y MAS		CONSANGUINIDAD			

EMBARAZO ACTUAL

HIPERTENSION DEL EMBARAZO NO X SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
 REFIERE LOS SIGUIENTES SINTOMAS ACUFENOS NO FOSFENOS NO CEFALEA NO AMAUROSIS NO
 EDEMA PRETIBIAL NO MALEOLAR NO MANOS NO GENERALIZADA NO
 SIGNO DE GIORDIANO SIGNO DE GODETE ANASARCA
 AMENAZA DE ABORTO NO X SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 AMENAZA DE PARTO INMADURO NO X SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO NO X SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 HEMORRAGIA TRANSVAGINAL NO X SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 RUPTURA DE MEMBRANAS NO X SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 CUADRO INFECCIOSO NO X SI CAUSA ACTIVO SEMANAS DE GESTACION
 CONTROL PRENATAL N°. DE CONSULTAS 3 LUGAR C.S. JOJUTLA PERIODICIDAD c/mes

AFRONTAMIENTO

APOYO DE QUIEN LO RECIBE PADRES X PAREJA X HIJOS FAMILIAR X OTROS

AUTOESTIMA

CONCEPTO DE UNO MISMO COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL BUENO MALO GRAVE

ADAPTACIÓN

LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR SU ESTADO ACTUAL LE AFECTAN EN LA FORMA EN QUE SIENTE, PIENSA O VE A SI MISMO

NO SI X LO ANTERIOR LE PRODUCE ALEGRIA INDIFERENCIA DESESPERANZA
SIGNOS DE DUELO: LLANTO DESESPERACIÓN ENOJO

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

1.- FUNCIÓN VERBAL NORMAL CON DIFICULTAD INCAPAZ
FUNCIÓN VERBAL CAPAZ INCAPAZ

11.- NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES JUICIO

ALGUNA VEZ PENSO EN EL ABORTO NO X SI QUE LE HIZO CAMBIAR DE OPINION
ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA NO SI X
DESPUES DE ESTE EMBARAZO CUAL MÉTODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD ELIGIRA OTB
(especifique)

EMOCIONAL

PARA DUELO ANTE UNA PERDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:

TRISTEZA DEPRESIÓN TEMOR NEGACIÓN CULPA
ANTE LA POSIBLE PERDIDA DE UN ORGANO, FUNCIÓN O PERSONA (DUELO PREVISTO O ANTICIPADO), LA PACIENTE EXPRESA
AFLICCIÓN CULPABILIDAD ENOJO TRISTEZA
EXPRESIÓN FACIAL Y POSTURA QUE CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DEL TEMOR FALTA DE CONCENTRACIÓN
INFORMACIÓN VERBAL DE LA ANGUSTIA DIAFORESIS DISNEA IRRITABILIDAD ANOREXIA

12.- NECESIDAD DE REALIZACIÓN

PATRON DE SEXUALIDAD

RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU ESTADO ACTUAL RECHAZO ACEPTACIÓN X INDIFERENCIA
RESPUESTA HACIA LA PAREJA: FELIZ X IGNORA ENFADO INDIFERENCIA RECHAZO
BUSCA CONTACTO FÍSICO CON EL PADRE SI NO
PRESENTA CONTACTO OCULAR POSITIVO HACIA EL PADRE NO SI

13.- NECESIDAD DE RECREACIÓN:

ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO Solo sale cuando hay alguna fiesta y cada jueves se va a Cuernavaca a pasear

14.- NECESIDAD DE APREDIZAJE

CONOCIMIENTOS ACTUALES DE SALUD

DE QUIEN A RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO ACTUAL MEDICO X ENFERMERA X PARTERA _____
FAMILIARES AMISTADES OTROS: _____
LA INFORMACIÓN QUE A RECIBIDO HA SIDO: CLARA X COMPLETA CONFUSA INCOMPLETA
EN QUE ASPECTOS REQUIERE MÁS INFORMACIÓN ALIMENTACIÓN X EJERCICIO X LACTANCIA _____
HIGIENE SEXUALIDAD CUIDADOS AL RECIEN NACIDO EN IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA X
CEFALEA EDEMA ACUFENOS FOSFENOS SANGRADO TRANSVAGINAL
RUPTURA DE MEMBRANAS FALTA DE MOTILIDAD FETAL INICIO DE TRABAJO DE PARTO
SI HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PARTO PSICOPROFILACTICO, SEÑALE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN _____
RESPIRATORIA PARA AUMENTAR TOLERANCIA AL DOLOR

DISPONIBILIDAD

SIESTA PROGRAMADA PARA CIRUGÍA: COMPRENDIO LA INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE INTERVENCIÓN

SI		NO	
----	--	----	--

DEMUESTRA DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN: CUIDADO DE LOS HIJOS X DEAMBULACIÓN TEMPRANA
LACTANCIA MATERNA EDUCACIÓN ALOJAMIENTO CONJUNTO TRATAMIENTO MÉDICO _____
METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR OTB NIVEL DE PREPARACIÓN ACADÉMICA SECUNDARIA _____
CURSO PSICOPROFILAXIS NO X SI

ORIENTACIÓN

TIEMPO (SABE QUE FECHA ES HOY)

SI	<u>X</u>	NO	
----	----------	----	--

 LUGAR (SABE EN DONDE SE ENCUENTRA

SI	<u>X</u>	NO	
----	----------	----	--

PERSONA (MENCIONE SU NOMBRE COMPLETO) DINORAH DOMINGUEZ ALVAREZ

MEMORIA

INTACTA SI SOLO RECIENTE SOLO RETROGRADA