

134



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA PACIENTE CON EMBARAZO DE 24 SEMANAS DE GESTACION CON PRODUCTO UNICO OBITO ASOCIADO A CIRCULAR DE CORDON APRETADO.

T E S I S QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA ANGELINA MARTINEZ MARTINEZ

[Firma manuscrita]

DIRECTOR DEL TRABAJO LIC. MARIA MAGDALENA MATA CORTES



MEXICO, D.F.

203016

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2001 Coordinación de Servicio Social



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.

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

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**“APLICADO A UNA PACIENTE CON EMBARAZO DE 24 SEMANAS  
DE GESTACIÓN CON PRODUCTO ÚNICO ÓBITO ASOCIADO A  
CIRCULAR DE CORDÓN APRETADO”**

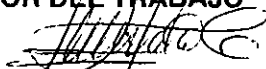
**T E S I S**

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

**PRESENTA**

**ANGELINA MARTÍNEZ MARTÍNEZ  
N° DE CUENTA 9722003-9**

**DIRECTOR DEL TRABAJO**



**LIC. MARÍA MAGDALENA MATA CORTÉS**

**ENERO 2001**

## AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia por  
prepara cada día nuevos  
profesionistas útiles y capaces  
para servir a la sociedad.

A la Lic. María Magdalena Mata  
Cortés por el incondicional apoyo  
en la dirección de esta tesis.

A la Lic. Ma. de los Ángeles García  
Albarrán, por el empeño realizado en  
la coordinación del Seminario de  
Tesis.

Con Todo respeto a los señores miembros del jurado.

## DEDICATORIAS

Para mi hija Ana Mercedes y mi esposo José con todo mi cariño.

Con admiración y respeto a mis padres.

A mi tío Abraham que me impulsó para el logro de esta meta profesional.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
1.1 VALORACIÓN	11
1.2 DIAGNÓSTICO	17
1.3 PLANEACIÓN	26
1.4 EJECUCIÓN	28
1.5 EVALUACIÓN	30
1.6 CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO	32
1.7 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	35
1.8 ASPECTOS GENERALES DE LA PATOLOGÍA	40
<b>2. METODOLOGÍA</b>	<b>59</b>
2.1 VALORACIÓN	59
2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	66
2.3 PLANEACIÓN	66
2.4 EJECUCIÓN	66
2.5 EVALUACIÓN	67
<b>3. APLICACIÓN DEL PAE</b>	<b>68</b>
3.1 PRESENTACIÓN DEL PAE	68
3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	70
3.3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	90
3.4 PLAN DE CUIDADOS	92
3.5 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS	99
3.6 EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS	128
3.7 PLAN DE ALTA	130
<b>4. CONCLUSIONES</b>	<b>133</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>142</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>147</b>

## INTRODUCCIÓN

La práctica profesional de enfermería se tiene que plantear continuamente, para responder a las exigencias de la demanda social en materia de atención a la salud, que responda al perfil epidemiológico y condiciones de vida de la población que involucren diferentes enfoques y favorezca el desarrollo de marcos teóricos y conceptuales acordes a la realidad nacional.

Enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos, método de solución de problemas que se lleva a cabo con una relación de colaboración entre enfermera y paciente, incluye comunicación interpersonal entre ellos, con la familia y con los miembros del equipo de salud.

Nuestra profesión tiene un rol colaborativo y un rol de ejercicio independiente que implica responsabilidad legal, moral y compromiso de formular sus métodos y sus teorías para atender, ayudar, confortar, y guiar con la racionalidad científica que debe tener una profesionista que aplica sus conocimientos y su experiencia en beneficio de la sociedad

El nuevo paradigma incluye una nueva versión de la realidad que transforme nuestros pensamientos, percepciones, valores y conceptos, como condición para superar la transición de una nueva concepción mecanicista a una concepción holística de la realidad.<sup>1</sup>

El proceso de atención de enfermería es el método, que vincula la teoría con la práctica, y como proceso cuenta con cinco etapas: valoración, diagnóstico,

planeación, ejecución y evaluación siendo el diagnóstico de enfermería el que requiere de particular atención, para la intervención de enfermería

El proceso que se construye es para identificación de problemas, planeación y ejecución de cuidados de enfermería en forma sistemática en una paciente con embarazo de 24 semanas con distocia de circular de cordón, siendo necesario la inducción y conducción del trabajo de parto.

El trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible; sin embargo, para la fácil comprensión de este proceso, dividimos el curso clínico en las etapas siguientes:

1. Preparto; es la etapa de formación del segmento uterino y de la maduración cervical .
2. Pródromos de trabajo de parto, es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina.
3. Trabajo de parto; etapa en que la dinámica uterina es regular y efectiva.<sup>2</sup>

El fenómeno del parto, existe desde el inicio de la vida misma. Se tienen antecedentes de todas las culturas, donde las diosas madres en transe de parir son la representación y simbolo del primer trabajo del hombre y de la más vieja actividad, la ayuda en el parto y su profesionalización; el trabajo de partería, matrona, comadrona, o sáfenme, mujer prudente o "saga" como dicen los franceses.

---

<sup>1</sup> Marisel Mantredi, Asesora regional para educación en enfermería de la OPS, Washington, de D. C. USA. Rev. Enfermería IMSS 1999, 7 (1) 164-170

<sup>2</sup> Mondragon Castro, Hector Obstetricia Basica Ilustrada 4a ed. México Trillas 1991 ( 1997) p. 171.



La actividad de la matrona es tan antigua como el mundo .

La primera que se menciona en el texto bíblico con el nombre de comadrona es la que asistió a Raquel en su último parto y así sucesivamente las mujeres se dieron a la tarea de asistir el parto.

En el siglo XVI, en Francia la inserción masculina en el mundo de la asistencia obstétrica, se produjeron innovaciones que se difundieron por toda Europa aquellos "Comadrones", eran cirujanos barberos muy atrevidos, que monopolizaron la asistencia a los partos por motivos económicos, pero fueron capaces de estudiar e investigar, y sentaron las bases de un trabajo científico.<sup>3</sup>

En la actualidad la atención del parto se efectúa bajo criterios, que conducen a técnicas y procedimientos libres de riesgos.

El presente trabajo se divide en cuatro capítulos, el primero conceptualiza los puntos en los cuales se apoya el proceso de atención de enfermería y cada una de las etapas que lo componen: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación

Para continuar con las generalidades del modelo de Virginia Henderson, donde precisa su conceptualización del individuo, objeto de cualidades a partir de las 14 necesidades básicas, se describe la metodología, se describen también las causas de muerte fetal intrauterina y el trabajo de parto.

En el segundo capítulo se hace la descripción de la metodología que se emplea para efectuar el proceso de atención de enfermería. Iniciando con la valoración la cual se realiza a través de formatos. En primer lugar la observación que se hace a

---

<sup>3</sup> Sarlet Gerken. Anne Marie. La Experiencia Europea en la Práctica de Partería. Departamento de Enfermería Universitaria. Universidad de Murcia, España.

través de los sentidos, la entrevista de enfermería, examen de enfermería, historia clínica de enfermería para continuar con el diagnóstico de enfermería utilizando el método P.E.S., así mismo, se describe la planeación, ejecución y evaluación.

En el tercer capítulo se hace una descripción del proceso de atención de enfermería, iniciando con la presentación del caso clínico, se efectúa la valoración, entrevista y examen de enfermería se elabora el diagnóstico, posteriormente se puntualiza en la cuarta fase del proceso la ejecución donde los cuidados se realizan, concluyendo este capítulo con la evaluación realizada a la paciente .

En el cuarto y último capítulo se desarrollaran las conclusiones, anexos, glosario de términos y bibliografía.

## JUSTIFICACIÓN

Habitualmente la muerte intrauterina es una tragedia personal y profesional, que a inicio de este siglo se conocían solo cuatro enfermedades maternas como causa de muerte fetal; nefropatía crónica, anemia, cáncer, sífilis y los medios para inducir el parto luego de la muerte fetal eran totalmente mecánicos.

En las últimas dos décadas, se han hecho variaciones en el diagnóstico exacto y el manejo apropiado del deceso fetal, este proceso en cierta medida ha ayudado a disminuir la tragedia para los padres.

Esto no basta para combatir el problema de la muerte fetal intrauterina, pues la causa es multifactorial y la que tiene mayor importancia es la del nivel socioeconómico bajo y como consecuencia el estado nutricional pobre.

Las características propias de la población y los factores personales de los pacientes se encuentran presentes en el grupo derecho habiente, al cual se dirige nuestra atención, estas características nos dan una pauta para trabajar intencionalmente en esos factores de riesgo mediante un adecuado control prenatal, como consiguiente llegar a una finalización del embarazo con los menos daños maternos y fetales.

Las estadísticas de los últimos cinco años nos reflejan que la mortalidad en el periodo perinatal por causas y semanas de gestación según frecuencia en población derecho habiente usuario IMSS, como causas de muerte en primer lugar se localizan las complicaciones de la placenta, el cordón umbilical y de las membranas. Ante este panorama decidí realizar el proceso de atención de enfermería a una paciente con el diagnóstico de muerte fetal intrauterina por ser muy frecuente dentro de los ingresos de pacientes al Hospital General de Zona

No 53 los Reyes, que de acuerdo al área geográfica existe una prevalencia de ésta complicación del embarazo.

Se desarrolla el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación que mediante evaluación continua se valora el logro de objetivos,

El modelo de Virginia Henderson se reviste de humanismo en cuanto al ser humano les son estudiados los aspectos Biopsicosociales y espirituales proporcionando un cuidado de enfermería integral.

## **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un proceso de atención de enfermería que en forma sistemática y organizada nos lleve a la identificación de problemas y jerarquización de necesidades para una correcta definición de cuidados de enfermería, incidiendo en la prevención de complicaciones que comprometan la salud del paciente para restablecer y conservar sus capacidades funcionales de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Elaboración de un proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente con embarazo de 24 semanas de gestación, con producto único óbito asociado a circular de cordón apretado, de acuerdo a los lineamientos establecidos.
2. Identificación y jerarquización de necesidades reales y potenciales de una paciente con complicación de embarazo.
3. Elaboración de diagnósticos de enfermería.

# I.- MARCO TEORICO

## PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### **Concepto**

Es un método racional y sistemático de organizar y administrar cuidados de enfermería individualizados que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales.<sup>4</sup>

Su objetivo es identificar el estado de salud del cliente, los problemas reales o posibles de su salud, establecimiento de planes para atender a las necesidades que se identifiquen y determinar las intervenciones específicas de enfermería.

El proceso de enfermería es cíclico, los elementos que lo integran llevan un orden lógico, a veces mas de un factor interviene en determinado momento.

### **Características del proceso.**

#### a) Sistémico:

Consiste en una serie de fases organizadas.

#### b) Útil:

Tienen como objetivo identificar las necesidades de atención de enfermería del paciente.

#### c) Interactivo

La enfermera comparte con el paciente las inquietudes y problemas así como participar en la evaluación continua del plan.

d) Universalidad.

Es aplicable a pacientes de cualquier edad y en cualquier momento del continuo salud-enfermedad.

e) Dinámico

Incluye acciones y evaluaciones permanentes hasta que finaliza la relación enfermera paciente.

f) Científico

Se basa en planteamiento científico de resolución de problemas y ayuda a identificar problemas recurrentes que sirven para iniciar la investigación en enfermería.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Segunda edición editorial Doyma, Barcelona. 1992. Pág. 6

<sup>5</sup> B. C. long -W. S PHIPP Enfermería Médico Quirúrgica) segunda edición Editorial Mc. Graw Hill. Interamericana 1993 Pág. 12.

## **BASES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso de atención de enfermería es un sistema que contempla en forma integral mediante etapas bien definidas, que tiene un orden lógico, para su realización cuya finalidad es una completa planificación para concluir con una ejecución de cuidados dirigidos al bienestar del paciente.

Las etapas del proceso de atención de enfermería se pueden definir y analizar en forma independiente, en la realidad se relacionan entre si, y son ininterrumpidas, dado que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos de l paciente no solo desde una dimensión física o biológica sino desde el ámbito psicológico, sociológico, cultural y espiritual.

El proceso de enfermería abarca desde la recolección de datos necesarios para el análisis e interpretación de los mismos y así poder determinar las necesidades del paciente, para que, en forma consecutiva planificar los cuidados oportunos para su ejecución y la evaluación global.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> "Enciclopedia de la enfermera" Volumen 1 Pág. 3-4. B.C. Long – W. S Phipp. Op. Cit. Pág. 14 y 15.



# ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

## 1.1.- VALORACIÓN

La valoración es el primer paso en el proceso de atención de enfermería, es un método sistemático que recolecta datos determinados en la respuesta del paciente a problemas de salud reales o potenciales, para ellos se esquematiza de la siguiente manera.

### a) Valoración Inicial:

La obtención de datos que hace el personal de enfermería al ingreso del paciente al hospital encaminados a facilitar la planificación de cuidados de enfermería.

### b) Valoración Progresiva:

La valoración que se efectúa a través del proceso continuo, en forma dinámica, estableciendo una base de datos exhaustiva que refleje el estado de salud del paciente.<sup>7</sup>

El proceso de obtención de datos incluye las siguientes fases:

- Observación
- Entrevista de enfermería
- Historia clínica de enfermería
- Resumen clínico

---

<sup>7</sup> B. C. Long – W. J. Phipp. OP CIT Pag 14-15

La primera etapa del proceso es la colecta de datos, mediante la observación, la entrevista de enfermería y la historia clínica de enfermería son los métodos que se utilizan, aunque existen múltiples fuentes a los que puede recurrir el paciente siempre es la principal. Incluso si este es incapaz de comunicarse verbalmente, la enfermera llega a obtener valiosos datos utilizando sus habilidades de observación y examinación. Otras fuentes de información pueden ser la historia clínica del paciente, textos de referencia, y especialistas en enfermería clínica son también importantes fuentes de datos.<sup>9</sup>

### **1.1.1.- OBTENCIÓN DE DATOS**

#### **Observación**

Es reunir datos utilizando los cinco sentidos, es una capacidad consiente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado, en las observaciones minuciosas se utilizan la mayoría de los sentidos.<sup>9</sup>

La observación tiene dos aspectos: Reconocer los estímulos y seleccionar, Organizar e interpretar los datos (ó sea percibiéndolos).

#### **Aptitudes para la observación.**

**Visión.-** Aspecto general; dimensiones corporales, peso, postura, aseo personal, signos de malestar, aflicción, tensión emocional, coloración, lesiones de la piel, alteraciones de los movimientos, signos de irritación, etc.

**Olfato.-** Olores corporales y aliento.

---

<sup>9</sup> Murray y Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería. Quinta Edición Interamericana: B. C., Michigan. 1996 Pág. 17 y 18.

<sup>9</sup> Koziar y Erb. Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica) PÁG. 97 Y 98.

**Audición.-** Ruidos respiratorios y tonos cardiacos, facilidad para comunicarse, lenguaje, orientación en el tiempo, el espacio y sobre si mismo, ideas y opiniones.

**Tacto.-** Temperatura y humedad de la piel; fuerzas muscular; frecuencia y ritmo del pulso; lesiones palpables ( abultamientos, masas, nódulos) <sup>10</sup>

La observación debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes, hacerlo en forma ordenada, de pies a cabeza, es lo más recomendable.

### **Clases de datos.**

#### **1.- Datos subjetivos.**

Son conocidos como sistemas o datos "no visibles" son evidentes solo para la persona afectada y únicamente puede describirlos y verificarlos esa persona. El picor, el dolor y los sentimientos de preocupación, la sensaciones, los sentimientos, valores, creencias, actitudes y percepciones sobre el estado de salud y la situación de vida del paciente. La información de los miembros de la familia y otros profesionales de la salud

#### **2.- Datos objetivos.**

También llamados signos o datos manifiestos, son detectable por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler, y se obtiene mediante la observación o la exploración física. Por ejemplo, una coloración de la piel o una lectura d depresión arterial. Durante la exploración física, la enfermera obtienen los datos objetivos necesarios para reconocer el valor de los datos subjetivos. Una base de datos

---

<sup>10</sup> Ibidem. "Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica" PÁG. 97 Y 98.

objetiva y subjetiva completa permite comparar las reacciones del paciente a las acciones medicas y de enfermería.<sup>11</sup>

### **Organización de los datos.**

Para la obtención sistemática de datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como historia de enfermería o valoración de enfermería.

Existen diversos esquemas para valoración de enfermería basados en ciertas teorías, modelos, esquemas y principios como métodos para la recolección de datos.

Algunos modelos son de utilidad como herramienta de valoración para ayudar a la enfermera a obtener información.

Se utilizará el instrumento metodológico para la atención de enfermería de Virginia Henderson, con base en el criterio de similitud de los elementos biofisiológicos, psicológicos, y socioculturales de las necesidades humanas.

### **1.1.2.-ENTREVISTA DE ENFERMERÍA**

Es una técnica observacional, es un método que permite acercarse a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin. Se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sentimientos y los hechos que permitan identificar sus necesidades a largo plazo.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Ibidem. Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica. Pág. 103.

<sup>12</sup> Marrierr, L.J. El proceso de Atención de Enfermería. pág. 8.

Se enfoca al paciente y lo estimula a que reconozcas sus necesidades y mitos: con esto la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución a sus propias necesidades.

**Consideraciones que deben tomarse para obtener una entrevista exitosa.**

- Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben ser tan formales que parezca una actitud impersonal.
- Al hacer las preguntas, la entrevistadora debe procurar precisar el significado de las respuestas más que interpretarlas, lo que espera oír.
- El escuchar en forma adecuada es la clave de una entrevista exitosa de una comunicación terapéutica y de que se le considere una conversación estimulante.

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 también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente.

**Fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:**

- a) Aportaciones familiares.
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de los demás miembros del equipo de salud.
- d) Material bibliográfico.

**1.1.3.- HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA**

Es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los cuales valoramos los problemas actuales y potenciales del paciente para planear y ejecutar el plan de cuidados de enfermería.

Se elabora a través de la entrevista y nos da la oportunidad de establecer una relación enfermera paciente positiva, de obtener información sobre el paciente y observar su estado y comportamiento.

La historia clínica deberá adaptarse a cada una de las unidades de la institución, la información que se necesita para brindar un cuidado individualizado, es diferente en una sala de maternidad o una unidad de cuidados intensivos.<sup>13</sup>

Además de datos personales del paciente, la historia clínica debe incluir datos que se agrupan en un formato que contiene lo siguiente:

- ☐ Perfil del paciente.
- ☐ Hábitos higiénicos.
- ☐ Hábitos de eliminación.
- ☐ Hábitos de descanso, relajación y sueño.
- ☐ Antecedentes sociales, culturales y económicos.
- ☐ Exploración física.
- ☐ Examen de gabinete

#### **1.1.4.- RESUMEN CLÍNICO**

El resumen clínico recopila la información del paciente en forma sistematizada que incluye lo siguiente: La historia clínica, exploración física, diagnóstico, tratamiento, evaluación y pronóstico médico, también incluye información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento del pacientes.

---

<sup>13</sup> GAUNTLETT, P. Y. MYERS J. Enfermería Médico Quirúrgica. Pág. 62

## **1.2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

### **Origen de diagnóstico de enfermería.**

El término diagnóstico de enfermería, fue introducido en 1953 por U. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. En los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de enfermería aparecían de forma esporádica en la literatura.

En 1973 se convoca a la primera reunión del grupo nacional para la clasificación de diagnósticos de enfermería, hasta el presente han aparecido diversas definiciones de diagnóstico de enfermería. La mayoría de las definiciones describen el diagnóstico de enfermería como problemas, respuestas, evaluación o juicio.

La literatura nos revela también que el diagnóstico de enfermería a tomado dos significados nos describe el proceso de solución de problemas otras veces significa la explicación real del problema.

El diagnóstico de enfermería es una explicación que describe un tipo específico de problema que identifican las enfermeras. No debe usarse para denominar todos los problemas que pueden describir las enfermeras, tal utilización no definiría su rol particular.<sup>14</sup>

### **Definición.**

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo la familia o la comunidad a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. Es una forma de tomar decisiones en la selección de las

---

<sup>14</sup> Corpenito, Linda. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica. Interamericana. Pág. 3 y 4.

intervenciones de enfermería para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.<sup>15</sup>

### **Diferencias del diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico.**

El diagnóstico enfermero es un enunciado de juicio de la enfermera y se refiere a un problema que el personal de enfermería esta autorizada a tratar, un diagnóstico médico es emitido y se refiere a un problema que solo un médico puede tratar.

Los diagnósticos médicos se refieren a enfermedades respuestas físico patológicas específicas que son bastante uniformes de un paciente a otro por el contrario, los diagnósticos enfermeros describen las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales del paciente a una enfermedad o a un problema potencial de salud.

Mientras que el diagnóstico médico de un paciente sigue siendo el mismo durante toda la evolución del proceso patológico los diagnósticos de enfermería cambian a medida que lo hacen las respuestas del paciente.

### **El proceso diagnóstico.**

El proceso diagnóstico utiliza dos habilidades del pensamiento crítico: el análisis y la síntesis.

El análisis es la separación en componentes, es decir, la división del todo en sus distintas partes. La síntesis es lo contrario, reúne las partes de un todo. El

---

<sup>15</sup> (Definición de la NANDA de 1990) ( fundamentos de enfermaria conceptos, proceso y practica. B. Kozier,GERV. Pág.116.



pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y estudia las explicaciones antes de formar una opinión.<sup>16</sup>

### **Importancia del diagnóstico de Enfermería en diferentes áreas**

El diagnóstico de enfermería debido a su incidencia en la práctica clínica parece que ha motivado a las enfermeras a investigar por lo que desde 1980 las investigaciones sobre diagnósticos han aumentado considerablemente.

En la educación, el diagnóstico ayudará a educadores y estudiantes a concentrarse en los fenómenos de enfermería más que en los de la medicina.

Exigiendo que los estudiantes piensen de forma crítica, antes de asumir simplemente que porque un cliente tiene un determinado diagnóstico médico, y que acciones de Enfermería son necesarios.

El uso del diagnóstico de enfermería permite a la enfermera ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionados con el diagnóstico médico, las enfermeras pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidados de salud.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de un cliente de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y el reconocimiento.

Las dificultades para formular el diagnóstico se reducirá en gran parte si la enfermera utiliza las listas de diagnóstico de enfermería de la NANDA para la mayoría de sus enunciados diagnósticos.

---

<sup>16</sup> Kozier, G. Erb, Hblais., J. M. Wilhinson. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica, quinta edición, vol. 1, pág. 119 y 120.

El uso de diagnóstico de enfermería puede estimular a las enfermeras a explorar patrones de interacción que antes se pasaban por alto o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos con la esperanza de que la enfermera y sobre todo el paciente obtendrá la recompensa.<sup>17</sup>

#### **Finalidad del diagnóstico de enfermería:**

La segunda fase corresponde al análisis e interpretación de datos recogidos en la etapa previa.

Determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, plantear los cuidados más oportunos.

Sacar conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y en consecuencia es posible diseñar un plan de atenciones adaptado a sus necesidades.

La precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

En esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguren las necesidades del ser humano.

---

<sup>17</sup> Carpenito, Manuel. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 4ª edición. Editorial Interamericana, Madrid 1993. Pag. 24-23..

De este modo, puede determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y potenciales aparentes y no aparentes.

Para ello hay que considerar atentamente: hechos, comportamientos, signos y síntomas, determinar el grado de autonomía del paciente, indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo, establecer prioridades y prevenir posibles consecuencias.

Se debe tener en cuenta en todo cambio desfavorable en la situación 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 formación de diagnósticos de enfermería.<sup>18</sup>

### **Problema interdependiente**

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

### **Clasificación de los diagnósticos de enfermería.**

#### **a) DIAGNÓSTICO REAL:**

Es el que reúne todos los datos que requieren para confirmar su existencia.

#### **b) DIAGNÓSTICO POTENCIAL.**

Es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que pueden aparecer en un momento posterior.

---

<sup>18</sup> Enciclopedia de la Enfermería. Volumen 1. Pag. 6-7.

### c) DIAGNÓSTICO POSIBLE

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican las posibilidades de que esté presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.<sup>19</sup>

## **PASOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

### **1.-Análisis de datos:**

En el análisis de datos es importante tener presente las características o cifras consideradas como normales, en lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del paciente y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto le ayudará a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud ( signos de dependencia).

### **2.- Identificación de problemas de salud de diagnósticos de enfermería:**

- a) Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre si.
- b) Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre ellos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- c) Nombre el problema, utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta el paciente.

### **3.- Identificación de problemas interdependientes:**

La utilidad de identificar los problemas interdependientes está en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas que a la enfermera le corresponde identificar son potenciales.

---

<sup>19</sup> GARCIA. Ma de Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso. S.A. 1997. Pág. 31-33.

#### **4.- Identificación de capacidades:**

- a) Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables.
- b) Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- c) Los recursos de la comunidad que utiliza o puede utilizar.
- d) Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

#### **Existen otras formas y autores que determinan la manera de elaborar diagnósticos de enfermería tal es el caso del Formato PES.**

Para describir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato en tres partes.

- a) El problema. (P).
- b) La causa o etiología. (E).
- c) Signos y síntomas. Las características definitorias que son evidentes en el paciente. (S).

#### **Método PES.**

P       +       E       +       S

Diagnóstico de Enfermería = Problema + Etiología + Signos y síntomas

Este formato PES es válido porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los síntomas y signos.

### **Normas para describir diagnósticos de enfermería:**

1. Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que las necesidades.
2. Utilizar "relacionándola con".
3. Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
4. Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valores.
5. Evitar verter el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
6. No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
7. La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
8. Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
9. Utilizar el término "posible para describir el problema o la etiología. Ejemplo: de ello, posible baja, autoestima situacional relacionada con la pérdida del trabajo y el rechazo por parte de la familia.
10. Utilizar "secundaria para dividir la etiología en 2 partes y hacer más descriptivo y útil el enunciado.  
La parte que sigue a " secundario a " es a menudo un proceso fisiopatológico a una enfermedad.

11. Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuaciones de enfermería.

12. El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.<sup>20</sup>

13. Utilizar la frase "factores complejos" cuando hay demasiados factores etiológicos o cuando son demasiado complicados para recogerlos en una frase breve.

Problema de Salud	Alteración del mantenimiento de la Salud relacionado con.
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones.
Manifestado por	No recibir orientación adecuada de Planificación familiar. <sup>21</sup>

#### **Diagnóstico de Enfermería aprobados por la NANDA.**

Los diagnósticos de enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como taxonomía I revisada).

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnóstico médicos o funcionales sino que agrupan los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana<sup>22</sup>.

<sup>20</sup> Ibidem. Carpenito. Pág 36.

<sup>21</sup> Ibidem García. Ma de Jesús. Pág. 37.

<sup>22</sup> Ibidem Enc Enf. Tomo ; Pág. 11-76.

### 1.3 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, se define objetivos, se identifican las actividades y se desarrollan un plan de cuidados de enfermería<sup>22</sup>.

Las fases de planeación de cuidados es una etapa fundamental en el proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecuencia.

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir lo problemas identificados previamente.

Es una etapa orientada a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y de terminar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar en el curso de todo proceso de enfermería.

Es posible que una situación aguda o de amenaza para la vida, la decisión de las intervenciones requeridas debe ceñirse a los problemas indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planeación más detallada; en aquellas ocasiones que se impone actuar con rapidez, la planeación global se postergará al momento que cuente con todos los requisitos indispensables.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Ibidem Enc. de la Enf. Tomo I. Pág.8.



### **Establecimiento de prioridades y objetivos.**

La fase de planeación requiere el establecimiento de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raros.

Cuando ya se establecen prioridades se realizan objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para resolver los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no pueden llevar a cabo por si mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia.

Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza de índole psicomotriz, cognitivo afectivo, etc. Pueden tratarse de objetivos a corto, mediano y largo plazo, así como circunstanciales o permanentes, según sean las características de cada caso.

Estableciendo el orden de prioridades, se determina con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Se contemplan las acciones que tendrán que realizar el personal de enfermería para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que realiza el enfermo y sus familiares; asegurando la ayuda y la enseñanza oportuna, en intento de lograr la mayor independencia del enfermo.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Ibidem Alfaro. Pág. 24

## 1.4 EJECUCIÓN.

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.<sup>25</sup>

Esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborando previamente y cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En tales actuaciones, dependiendo de cada situación puede intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intentará 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, aún cuando en un primer tiempo los cuidados planificados 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 al paciente, de este modo irá adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

En esta fase la relación enfermera paciente adquiere su máxima significación, no sólo se debe atender a la resolución de los problemas de salud concretas sino que también resulta fundamental poner atención a sus dimensiones como persona, incluyendo sus precauciones temores y ansiedades.

---

<sup>25</sup> Ibidem Alfaro Pág.24

La comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Debe explicarse con detalles los cuidados requeridos y la forma de ejecutar las rutinas del hospital, las explicaciones y tratamientos a que debe someterse.

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades).

## **1.5.- EVALUACIÓN**

Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se ha logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas.

Para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifican o finaliza el plan de cuidados según este indicado.

La última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se ha alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos surgidos de la evolución del estado del paciente.

Las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o inesperadas, obligando a una evaluación constante que permite modificar el plan de cuidados en beneficio del enfermo.

Es una etapa compleja, dado que debe juzgar diversos elementos y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y las relaciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso en desarrollo.

En el momento de la evaluación, pueden comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso

que quieren nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.<sup>26</sup>

Así se completa un proceso cíclico y continuo poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería.

---

<sup>26</sup> Ibidem Alfaro. Pág. 6.

## 1.6.-CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO.

### **Antecedentes**

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería docentes de facultades y universidades, así como el personal que trabaja en servicio en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de los modelos conceptuales de enfermería.

Este fenómeno significa para enfermería, un avance muy importante dado que ya se ha tenido experiencia, en la comprensión y aplicación del proceso de enfermería.

Así mismo ha sido relevante el esfuerzo de muchas enfermeras por determinar la meta o función específica de enfermería.

Este esfuerzo ha llevado a que se acepté cada vez más ampliamente que existen funciones independientes, que la enfermera puede ejercer por si misma (incluido el diagnóstico y tratamiento), además de las funciones delegadas por el médico, que tradicionalmente ha venido ejecutando.

### **Funciones de enfermería.**

**Independientes:** Las que la enfermera esta capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento.

**Interdependientes:** Son las que desarrollan mediante una labor de equipo.

**Dependiente:** Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo a las ordenes médicas.

De igual manera, se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para logra la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería.<sup>27</sup>

### **Modelo conceptual para enfermería.**

#### **Concepto de modelo:**

Un modelo es una idea que se explica mediante visualización simbólica y física

#### **Clasificación:**

##### **1. Modelos Empíricos:**

Son una representación de la realidad, (ej. Corazón de plástico).

##### **2. Modelos Teóricos:**

Son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

##### **3. Modelo de enfermería**

Es un conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Generalmente se admite, que el trabajo de enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente, ya sea en estado potencial de pérdida de la salud o en estado real de enfermedad.

---

<sup>27</sup> Ibidem García. Pág. 48.

La percepción de que cada individuo tenga de sus problemas de salud y el afrontamiento que presente a estos, así como el apoyo que recibe de su familia, bien conocidos y registrados por la enfermera, de acuerdo con un determinado modelo conceptual, servirá de guía para proporcionar un cuidado individual e integral.

No obstante que, algunos modelos de enfermería son conocidos y llevados a la práctica, desde hace varias décadas, no se les identificaba con esa categoría.

Es cierto que se ha generalizado el concepto de que el ser humano, es una unidad con necesidad bio-psico-social y espiritual.

Que forma parte de una familia y de una comunidad y que, el entorno en que desarrolla sus actividades es muy significativo para la conservación de su salud.

Así mismo, se acepta que en toda persona se da una jerarquía de necesidades pero estas se perciben y manifiestan de manera distinta en cada individuo y modifican por las condiciones del medio. La misma persona por su capacidad de discernir, y decir, puede afrontar las exigencias que la situación le esta pidiendo modificando su comportamiento y ambiente

Está claro que la aceptación de aplicar un modelo conceptual de enfermería por parte de las enfermeras clínicas, las comprometen desarrollar su trabajo en una forma más profesional

La enfermera clínica, docente y estudiante debe saber que un modelo de enfermería: es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Ibidem García Pág. 24.



## **1.7 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana nació en 1897, desarrollo su interés por enfermería durante la primera guerra mundial. Lo que le llevó a desarrollar su trabajo, fué la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer.

En los años 60's se dio a conocer con el libro publicado por Berta 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 un arte y una ciencia.

Explicación de los supuestos principios del modelo conceptual de Henderson.

### **Supuestos.**

"Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperar y desea ser independiente en cuestiones de salud".

Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible

Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser biopsicosocial), que requiere satisfacer necesidades fundamentales. Maslow ubica las necesidades fisiológicas en primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término estas, para poder acceder a las demás áreas”.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”.

**a) Valores:**

“La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”: La enfermera que orienta su práctica, según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico. Delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”.

La enfermera no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es capaz de ofrecerlo como la enfermera, debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.

## **b) Concepto de Enfermería:**

La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación ( o a una muerte pacífica), y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

A partir de esta definición se encuentra una serie de conceptos y sugerencias básicas en el modelo de Henderson

### **1. Persona**

- Necesidades básicas

### **2. Salud**

- Independencia
- Dependencia
- Causas de la dificultad o problema

### **3. Rol profesional**

- Cuidados básicos de enfermería relación con el equipo de salud.

### **4. Entorno**

- Factores socioculturales
- Factores ambientales

Virginia Henderson afirma que la enfermera es y debe ser legalmente, una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en catorce componentes, que abarca todas las posibles funciones de enfermería.

### **c) Necesidades básicas del paciente.**

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías
- Mover y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender , descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.
- Sexualidad y reproducción (Henderson no la contempla).<sup>29</sup>

El modelo de Henderson como conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

#### **1. En las etapas de valoración y diagnóstico:**

Sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

En esta etapa se determina:

- El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

---

<sup>29</sup> Ibidem. Pág 523.

- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

## **2. En las etapas de planificación y ejecución**

- Sirve para la formulación de objetivos y en la elección del modo de intervención.

## **3. En la etapa de evaluación**

- Ayuda a determinar el criterio que nos indica los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir del plan de cuidados.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Ibidem. Pag. 523

## **1.8. ASPECTOS GENERALES DE LA PATALOGÍA**

### **1.8.1.- CONCEPTO DE ÓBITO O MUERTE FETAL**

Es la muerte intrauterina del feto después de haber cumplido 20 semanas de gestación o de haber llegado a un peso corporal de 500 GRS.

### **1.8.2.- INCIDENCIA**

Varia en relación a factores como: raza, edad materna, periodo de la gestación, orden de nacimiento, legitimidad, tipo de atención del parto, edad, estatura, ubicación geográfica antecedentes obstétricos, factores socioeconómicos, etc.

### **1.8.3.- ETIOLOGÍA**

La causa de un óbito puede ser difícil de definir en aproximadamente de las muertes fetales la causa inmediata es la hipoxia, estas causas se dividen en:

#### **Causas de origen materno**

- Infecciones microbianas como toxoplasmosis, sífilis, tuberculosis, paludismo, etc.
- Infecciones por virus como citomegalovirus, herpes, virus hominis, virus enterovirus, virus de la influenza, sarampión, hepatitis, etc.
- Enfermedad Hipertensiva del embarazo.
- Intoxicaciones cardiopulmonales.
- Enfermedades de la nutrición
- Nefropatías
- Traumatismos directos e indirectos.

### **Causas de origen fetal**

- Malformaciones congénitas
- Isoinmunización al factor RH.
- Embarazos múltiples
- Anormalidades cromosómicas
- Retardo de crecimiento intrauterino

### **Causas ovulares**

- Embarazo ectópico
- Implantación ectópica de la placenta
- Hidramnios
- Mola hidatiforme
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Embarazos gemelares univitelinos
- Trastornos funiculares (nudos, circulares, torción ajustados alrededor del cuello o cuerpo fetal, torción, procúbito y procinencia).
- Embarazo prolongado
- Deciduitis
- Coriamnioititis.
- Corioangioma.

### **Causas indeterminadas**

Con frecuencia no es posible precisar la causa de muerte fetal intrauterina.

#### **1.8.4.- CLASIFICACIÓN**

**A) Edad del embarazo**

Antes de 20 semanas aborto

Entre la semana 20 y término del embarazo se denomina muerte fetal ante parto.

**B) Momento en que ocurre la muerte en la relación con el parto.**

Muerte antes del parto

Muerte ante parto

Muerte durante el trabajo de parto y/o parto

Muerte intra parto

Muerte después del parto

Muerte post parto

#### **1.8.5.-DIAGNÓSTICO**

Básicamente se integra con los datos clínicos, se sospecha la muerte fetal por el cese de los movimientos fetales y la no auscultación de ruidos cardiacos fetales, subsecuentemente puede haber una disminución de los síntomas de gravidez, no crecimiento fúndico, o incluso reducción de la altura fúndica debido a disminución del volumen de liquido amniótico y colapso de las estructuras fetales.

Se corrobora mediante algunos estudios complementarios, entre los cuales destaca el radio diagnóstico, por su fácil aplicación y el ultraecosonograma, estudios de liquido amniótico en el que al examen físico, se aprecia de color rojo Hemático, teñido con meconio o de aspecto purulento franco.

Estudios químicos como la determinación de pigmentos bilirrabinoides y los biológicos como la detección de células de tejido macerado, así como las determinaciones hormonales, como la cuantificación de estríol en sangre y orina.



## **Diagnóstico diferencial**

Se debe hacer con disminución de movimientos fetales, tumor abdominal y obesidad.

## **Radiología**

- **PLACA SIMPLE DE ABDOMEN**

Halo radiolúcido del cráneo fetal debido a la separación del panículo adiposo pericraneal y cuero cabelludo que ocurre de 2 a 4 días después de la muerte fetal.

Superposición de los huesos del cráneo fetal ( signo de spalding) que ocurre después de 2 a 14 días después de la muerte fetal. No es significativo después de que se encaja.

Actitud fetal de flexión extrema

Gas en el corazón y sistema vascular fetales, este signo es muy confiable pero difícil de visualizar, ocurre cuando hay muerte fetal en el tercer trimestre, y es transitorio, durando aproximadamente 2 semanas.

- **LA AMNIOGRAFIA**

Mediante la demostración de falta de substancia de contraste en el tracto fetal gastrointestinal debido a la falta de deglución.

- **ULTRASONIDO**

Ecografía En tiempo real.- demuestra la ausencia de latidos cardiacos fetales y de movimiento fetales, vejiga fetal vacía y aorta fetal no llena, por medio de este método la exactitud del diagnóstico de muerte fetal en manos experimentadas se aproxima al 100%.

### **Otros signos sonográficos de muerte fetal son:**

- A. Falta de crecimiento del diámetro biparieta fetal.
- B. Control irregular del cráneo fetal.
- C. Doble contorno del cráneo debido a necrosis grasa entre el cráneo y el cuello cabelludo.
- D. Ausencia de movimiento fetal.
- E. Falta de crecimiento fetal.
- F. Múltiples ecos raros en la región del tronco y cráneo fetales.
- G. Contorno mal definido de las estructuras fetales debido a penetración del líquido amniótico.
- H. Cabalgamiento de los huesos del cráneo (spalding).
- I. Caída del maxilar inferior.

### **Criterios de diagnóstico.**

- Desaparición de signos y síntomas de embarazo.
- Disminución del fondo uterino
- Disminución del peso corporal materno
- Presencia de calostro
- Falta de movimientos y latidos fetales.
- Reblandecimiento del cráneo fetal.
- Contorno mal definido de las estructuras fetales o debido a penetración de líquido amniótico.
- Líquido amniótico de color rojo vino
- Disminución de las cifras hormonales ( de estriol) en las pruebas cuantitativas.

### **Características del feto muerto in útero.**

Nos permiten juzgar aproximadamente el tiempo en que ocurrió el deceso. Para ello se describen a continuación:

- Disolución fetal. El feto se licua, cuando muere a las pocas semanas del embarazo.
- Momificación en fetos: de 4 meses que se deshidrata al reabsorberse el líquido amniótico, dando lugar al feto papiráceo.
- Petrificación en fetos: de 5 a 6 meses, de embarazo extrauterinos, en los cuales hay infiltración de sales calcáreas originando una estructura llamada litopediación.
- Maceración: es el reblandecimiento por infiltración de los tejidos fetales que ocurre en productos mayores de 10 días de la muerte fetal.
- Putrefacción en cualquiera de los casos anteriores y existe infección amniótica asociada<sup>31</sup>

### **1.8.6.- EVOLUCION**

El tiempo que permanece el feto muerto in útero, antes de ocurrir la expulsión espontánea, guarda relación inversa con el tamaño del feto. Cuanto menor sea el tamaño del feto, mayor es el tiempo que permanece retenido después de muerto.

La actividad uterina para expulsar al producto sin vida inicia hasta que desaparece la actividad hormonal de la placenta.

### **1.8.7.- TRATAMIENTO**

Después de establecido el diagnóstico se debe proceder inmediatamente a vaciar el útero.

- Legrado uterino previa dilatación del cérvix, si es un embarazo menor de 12 semanas.

---

<sup>31</sup> Mondragón Castro H Obstetricia Básica Ilustrada. Pág. 477-482.

- Introducción y conducción del trabajo de parto cuando corresponde a embarazo de 12 y 37 semanas.
- Vigilancia y control de sangrado.
- Control de fibrinógeno mediante pruebas de laboratorio
- Histerectomía abdominal cuando se presenta hemorragia importante y condiciones cervicales desfavorables.
- Histerectomía en bloque en caso complicado con infección grave.
- Las prostaglandinas han adquirido gran importancia en el tratamiento de la muerte fetal intrauterina.

Los prostaglandinas son ácidos carboxílicos de 20 carbonos que se encuentran en muchos tejidos corporales, su efecto sobre el músculo liso uterino lo lleva a la inducción de contracciones uterinas.

Su uso clínico actual consiste en el manejo de aborto incompleto y muerte fetal intrauterina la prostaglandina mas usada es la F2 alfa y la prostaglandina E2.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Ibidem. Pág. 483.

## TRABAJO DE PARTO

### CONTRACTILIDAD UTERINA NORMAL.

En 1950, la escuela Uruguaya, representada por Álvarez y Caldeyro Barcia, estudiaron la dinámica uterina con un nuevo sistema de registro de la presión amniótica. Con este sistema fue posible estudiar las diversas contracciones que ocurren durante el embarazo parto y puerperio; de cada una de estas contracciones se estudiaron.

- A) **Frecuencia:** Numero de contracciones uterinas que se presentan en diez minutos.
- B) **Intensidad:** Presión máxima desarrollada en la cavidad uterina durante la contracción.
- C) **Duración:** Periodo comprendido entre el inicio y el término de la contracción.
- D) **Tono:** La menor presión registrada entre dos contracciones.-

La escuela uruguaya designo actividad uterina a la resultante de multiplicar la frecuencia por la intensidad de las contracciones y la expreso en unidades Montevideo, (UM).

Al analizar el comportamiento de la onda contráctil, Caldeyro describió como característica normal lo que llamo triple gradiente descendiente, consiste en que la propagación, duración e intensidad de las contracciones uterinas son descendientes del fondo del útero a la cervix.<sup>33</sup>

La duración y la intensidad son mayores en el fondo uterino que en el segmento, y la onda contráctil se dirige en sentido descendente. Para logrará que la máxima

---

<sup>33</sup> Mondragón Castro, Héctor. *Obstetricia Ilustrada*. Tercera reimpresión. 1997. Pág. 163 y 165.

intensidad de la contracción uterina en los diversos sitios del útero se obtenga casi simultáneamente.

### **Tono de base**

La relajación sincrónica de todos los elementos uterinos hace que el miometrio recupera su tono normal (de base), que es el de 8 a 19 MNHG.

### **Manifestación clínica de las contracciones uterinas.**

Durante el trabajo de parto la contracción uterina se manifiesta por la sensación de dureza que aprecia la paciente u a la palpación abdominal, y posteriormente por dolor abdominal o lumbosacro. En la fase de relajación uterina desaparece el dolor y la onda contráctil desaparece por completo.

### **Factores que modifican la contractilidad uterina durante el trabajo de parto.**

La compresión que ejerce el útero y su contenido además el peso de las vísceras abdominales, sobre los grandes vasos durante el decúbito dorsal de la paciente.

La paciente en decúbito lateral disminuye la compresión, aumentando la intensidad de las contracciones uterinas y disminuyendo la frecuencia de las mismas. La sedación materna, el bloqueo epidural, la edad del embarazo, el grado de distensión del útero, son factores que modifican la actividad uterina normal,

### **Características para una óptima dilatación cervical.**

- A. Extenderse por todo el útero.
- B. Poseer el triple gradiente descendente.
- C. Frecuencia de 3 a 4 contracciones/10 minutos
- D. Presión amniótica de 35 mm/hg
- E. Relajación uterina completa entre una contracción y la siguiente.

Al término del parto la actividad uterina continua, las contracciones uterinas tienen la misma intensidad y frecuencia pero no son dolorosas y desaparece el reflejo del pujo. En esta fase se desprende la placenta al ocurrir la subinvolución uterina, expulsar la placenta al aumentar la presión intrauterina y cierra los vasos intramiométricos (ligaduras de Pinard), evitando la hemorragia posparto.

Las contracciones uterinas posparto son 1c/10 min., y disminuyen en frecuencia, intensidad y propagación, teniendo como objeto expulsar coágulos y loquios.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Ibidem. Pág. 166, 170.

## **CURSO CLÍNICO DEL TRABAJO DE PARTO**

El trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible.

### **Etapas**

#### **1.- PREPARTO**

Se designa como fase de maduración cervical, se presentan las contracciones de BRAXTON HICKS, se caracterizan por:

- a) Son irregulares.
- b) Indoloras.
- c) No siempre los percibe la paciente.
- d) No se irradian a la región lumbosacra
- e) No se modifican en breve plazo.

Las contracciones BRAXTON HICKS, tienen como finalidad:

- f) Favorecer la presentación cefálica.
- g) Lograr en el producto una actividad de flexión óptima.
- h) Orientan la presentación hacia la excavación pélvica
- i) Expanden el segmento inferior del útero.
- j) Encajar la presentación en los primigestos y abocarla en los multigestos.
- k) Acorta la cérvix.



## **PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO**

Periodo de transición entre el preparto y el trabajo de parto regular. Se manifiesta por:

- l) Contracciones uterinas frecuentes duraderas e intensas
- m) Maduración de la cérvix; propiciando mayor reblandecimiento, acortamiento cervical permitiendo el paso de un dedo y orienta la cérvix hacia el centro del eje de la vagina.
- n) Expulsión del tapón mucoso.

### **TRABAJO DE PARTO.**

#### **Primer periodo de trabajo de parto.**

Comprende del inicio del trabajo de parto regular hasta la dilatación cervical completa.

Se caracteriza por contracciones dolorosas en abdomen, irradiadas hacia la región lumbosacra, progresivas en frecuencia, duración, intensidad y duración.

Un trabajo de parto bien establecido tiene tres contracciones uterinas en 10 minutos, con duración de cada una de 10 a 30 segundos se manifiestan por dolor y producen borramiento y dilatación cervical.

Si la dilatación cervical ocurre antes de la curva normal, traduce, hipertonia, polisistolia y mayor facilidad de la cérvix para dilatarse provocando un parto precipitado. Cuando sucede lo contrario la dilatación se mantiene estacionaria saliendo de la zona de normalidad o no desciende la Presentación de acuerdo con la curva normal, puede no ocurrir un parto normal.

### **Ruptura de membranas**

Esta ocurre en el momento en que la dilatación cervical es mayor de 4 CMS, la ruptura se produce por la presión de las contracciones uterinas (ruptura espontánea). La ruptura artificial, es para acelerar el trabajo de parto no es recomendable cuando existen presentaciones muy altas y el trabajo de parto no es regular.

El líquido amniótico normal es claro transparente cetrino, olor sui géneris.

### **Segundo período de trabajo de parto.**

Al completarse la dilatación cervical entra en juego la presión abdominal aunada a la fuerza contráctil del útero, impulsa el feto hacia el interior y propicia el descenso de la presentación Así como la expulsión del producto.

### **Tercer período del trabajo de parto.**

Comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.

### **Mecanismo del trabajo de parto.**

Es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal del parto.

### **Etapas en presentación de vértice:**

#### **o) ENCAJAMIENTO.**

- Flexión
- Orientación
- Asinclitismo

p) DESCENSO

- Rotación interna

o EXPULSIÓN O DESPRENDIMIENTO.

- Extensión
- Restitución
- Rotación externa
- Desprendimiento de los hombros
- Nacimiento del resto del producto.

### **Encajamiento**

Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica. Para que ocurra el encajamiento se requiere flexión, orientación y asinclitismo.

### **Descenso**

Gracias a la dinámica uterina el producto continua su descenso hacia la pelvis ; al llegar el vértice de la presentación cefálica al piso muscular del periné, que forma un ángulo diedro, tiende a orientar su diámetro mayor (oxipito frontal), en ese ángulo quedando conjugado con el diámetro antero posterior de la pelvis.

En ese momento el diámetro biparietal del producto coincide con el diámetro bisíatico.

### **Rotación interna.**

Para ello se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal, dentro de la pelvis.

Este giro es  $45^\circ$  en las variedades anteriores y de  $90^\circ$  en los transversos y de  $135^\circ$  en las variedades posteriores. El giro es en sentido antihorario en las variedades izquierdas, y en sentido horario en las variedades derechas.

Con objeto de evaluar mediante tacto vaginal el grado de descenso de la presentación, dentro de la excavación pélvica, se correlaciona el diámetro mayor de la presentación con los 4 planos imaginarios, paralelos y equidistantes entre sí, que fueron descritos por HODGE.

## **EXPULSIÓN O DESPRENDIMIENTO**

### **Extensión.**

El occipucio se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, y la cabeza se extiende siguiendo la curva del sacro, lo cual facilita el nacimiento de la misma, primero nace el occipucio, luego la sutura sagital, la frente, la nariz y el mentón.

### **Restitución.**

Movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior, para mantener su posición anatómica en relación con los hombros. La cabeza fetal hace un giro de  $45^\circ$  en sentido inverso al que efectuó durante la rotación interna.

### **Rotación externa.**

Movimiento que ejerce la cabeza fetal, que ya se encuentra fuera de la pelvis materna en el momento en que descienden los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y giran para acomodarse en el diámetro antero posterior de la parte baja de la pelvis. Es de  $45^\circ$  igual que en la restitución

### **Expulsión de los hombros**

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis permitiendo que el hombro posterior se deslice por la cavidad sacra, impulsado por las contracciones uterinas; con el esfuerzo de los músculos abdominales y la tracción que ejerce el obstetra sobre la cabeza fetal.

El hombro posterior es el primero que sale, y posteriormente el hombro anterior.

### **Expulsión del resto del cuerpo fetal.**

Al salir los hombros cesa el obstáculo para la salida del producto.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Ibidem. Pág. 171 y 178.

### 1.8.8.- COMPLICACIONES

Al producirse muerte fetal intrauterina rápidamente comienza la degeneración del feto y de la placenta, en ausencia de membranas rotas e infección activa del feto, el líquido amniótico continúa siendo estéril evitar la rotura de membranas hasta que se haya establecido el trabajo de parto y el parto sea razonablemente inminente, debe evitarse que se rompan las membranas para prevenir una contaminación bacterial.

La coagulación intravascular diseminada, posterior a la muerte intrauterina es una complicación, el ingreso de material trombo plástico derivado de la degeneración de la placenta y/o feto en la circulación materna a través del espacio ínter veloso actúa en forma silenciosa e insidiosa, reduciendo la concentración de fibrinógeno, plaquetas, trombina y factores de la coagulación como V, V111, Y X111.

El proceso normal de coagulación es un sistema complejo de amplificación.

Y su supresión de los mecanismos de coagulación para mantener y restablecer un sistema vascular intacto por depósito de plaquetas y fibrina en los sitios de hemorragia.

Cuando una sustancia trombo plástica ingresa a este sistema equilibrado e inicia la coagulación puede iniciarse la coagulación intravascular diseminada, dependiendo de la concentración y duración del ingreso de tromboplastina.

El índice único más importante del C.I.D en desarrollo en caso de muerte fetal intrauterina es la medición de la concentración plasmática de fibrinógeno. El nivel crítico de fibrinógeno es entre 100 y 150 MGS 5.

La interrelación con muerte fetal in uterino surge de la contaminación de líquido amniótico conglomerados descamados de células cutáneas, pelo, mucina, y fragmentos de tejido degenerado.

Posiblemente, la ausencia de determinantes fetales de comienzo del trabajo de parto, desempeñen un papel que aumenta la dificultad de la inducción en presencia del feto muerto. En ese caso debe emplearse dosis elevadas de occitocina.<sup>36</sup>

### **1.8.9.-PRONÓSTICO**

- Si la muerte fetal intrauterina es reciente y no hay complicaciones el pronóstico es favorable.
- Si la muerte fetal intrauterina tiene mas de 48 horas pero no hay complicaciones el pronóstico es favorable.
- Si la muerte fetal intrauterina presenta complicaciones como la hipofibrinogenemia o sepsis el pronóstico es reservado de acuerdo con la evolución y respuesta al tratamiento.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA**

El cuadro de mortalidad en el periodo perinatal por causas y semanas de gestación según frecuencia, en población derechohabiente, usuaria IMSS en 1995, es lo mas reciente en materia de estadística de este padecimiento.

---

<sup>36</sup> Iffy, Raminetzjy. Obstetricia y Perinatología. Pág. 7-6.

Los datos son tomados del boletín estadístico anual de mortalidad en el seguro social ya que es la institución donde se llevaron a cabo las prácticas, aunque puede haber una variación en relación al resto de instituciones, en el aspecto que en otros datos existen subregistros de las diferentes enfermedades.

Todas las causas de muerte fetal, coinciden con los factores de riesgo que se nombran en la bibliografía del marco teórico, sobresalen las que tienen su origen en infecciones maternas y las que son consecuencia de una nutrición pobre.

Es muy significativo la variedad d enfermedades teratógenas que aparecen como causa de muerte fetal, las cuales estimativamente pueden tener relación a adicciones en la población.

Estos datos estadísticos son un retrato de el retroceso que vive la población femenina en edad reproductiva de nuestro país en cuestión de abatir los problemas de salud relacionados con el embarazo.

Los datos son una pauta para dirigir esfuerzos encaminados, no a abatir las cifras pero si para disminuirlas con ello se controlaría los padecimientos del recién nacido que llevan aparejados un alto costo en la atención médica.



## **2. METODOLOGÍA**

Si bien la enfermera es un personaje importante para la recuperación del paciente, esta debe tener un acervo de conocimiento y habilidades de gran magnitud para proporcionar cuidados al paciente de calidad.

Por tal motivo el presente caso clínico se desarrolló con base a la sistematización y orden del Proceso Atención de Enfermería con sus respectivas etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, para ver si se lleva a cabo el logro de objetivos planeados y la detección de nuevas necesidades. Se retomará el modelo de Henderson el cual afirma que las necesidades básicas que el individuo precisa satisfacer para llevar a cabo las actividades de la vida diaria le darán independencia si se tiene la fuerza, la voluntad y el conocimiento.

### **2.1. VALORACIÓN**

Para enfrentarse a un problema, lo primero es determinar en que consiste el problema, por lo tanto la primera fase del proceso de resolución de problemas es la valoración, y esta la conforman:

- La observación.
- La entrevista de enfermería.
- La historia clínica de enfermería.
- La exploración física.

La observación del paciente es más completa si se hace en forma ordenada, un estudio ordenado de pies a cabeza puede ser útil, pero tiende a incluir solo aspectos físicos.

Para la valoración del estado de la paciente quien se encuentra en el servicio de hospitalización de alto riesgo debido a un posparto con producto íbito los siguientes instrumentos basados en un modelo de enfermería tomando a la paciente como un ser bio-psico-social y espiritual serán de gran utilidad que nos reflejarán, información completa del estado de la paciente.

Usaremos el modelo de Virginia Henderson el cual se encuentra basado en las catorce necesidades fundamentales del ser humano adaptado a una paciente obstétrica, por tal motivo se agregaron datos.

La observación se inicia desde el momento que la enfermera tiene el primer contacto con el paciente por medio de los sentidos como son: la vista, el olfato, el tacto y el oído.

Durante las primeras horas y días que siguen al nacimiento, la madre presenta impresionantes cambios, fisiológicos que abarcan prácticamente todos los aparatos y sistemas corporales.

A continuación mencionaremos esos cambios que son observados por los sentidos:

1. Estado mental:
2. Estado emocional:
3. Orientación:
4. Constitución y conformación física:
5. Coloración de tegumentos:
6. Edema de cara y miembros inferiores:
7. Características de las mamas:
8. Náuseas o vómito:

9. Nutrición
10. Características y cantidad de orina:
11. Características de los líquidos y sangrado transvaginal:
12. Estado del útero:
13. Coágulos sanguíneos:
14. Edema de miembros inferiores:
15. Estado de hidratación:
16. Respiración:
17. Campos pulmonares:
18. Motilidad intestinal:
19. Nivel de atención.

### **2.1.1- ENTREVISTA DE ENFERMERÍA**

Para iniciar la entrevista con un paciente, la persona que la realiza se presenta verbalmente, se solicita su colaboración y se explica sobre los objetivos y la importancia que tiene el que conste con veracidad.

#### **A. DATOS PERSONALES:**

Nombre:

Edad:

Domicilio:

Ocupación:

Edo. civil:

Menarca:

V.S.A:

Número de parejas sexuales:

Ritmo menstrual:

Cantidad:

Dismenorrea:

Gestas:

Paras:

Aborto:

Cesáreas:

Planificación familiar:

Métodos:

Exámen de papanicolau:

Lugar de la entrevista:

Fecha:

Hora:

## B. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:

1. Durante su embarazo presentó cefalea?
2. Si su respuesta es positiva diga a partir de que mes:
3. Durante su embarazo presentó náuseas o vómito?
4. Durante el embarazo presentó hipersecreción salival?:
5. A partir de que trimestre comenzó a tener secreción láctea (calostro)?:
6. En qué trimestre comenzó a notar cambios en sus mamas?:
7. En qué mes de su embarazo comenzó a notar el aumento de su peso?:
8. En qué mes de su embarazo comenzó a sentir movimientos fetales?:
9. Ha presentado molestias al orinar?:
10. En caso de ser afirmativa la respuesta anterior mencione cuáles:
11. Características de la orina al momento de la entrevista:
12. Ha presentado salida de alguna secreción por vagina?:
13. Durante su embarazo se le hincharon los pies o alguna parte del cuerpo?:
14. Qué parte y en que mes le comenzó a notar miembros inferiores y superiores?:
15. Peso al inicio del embarazo:

16. Peso al final del embarazo:

17. Aproximadamente cuántos kilos aumentó durante su embarazo?<sup>37</sup>

### 2.1.1 EXAMEN DE ENFERMERÍA

- Exploración física:
- Inspección:
- Aspecto físico:
- Alineación corporal:
- Aspecto corporal:
- Aspecto psicológico:

### Aspectos fundamentales de la exploración física de la mujer

Embarazada.

Cráneo.-

Cara.-

Cuello.-

Tórax.-

Miembros inferiores y superiores.-

Mama.-

Abdomen.-

Pelvis.-

Miembros pélvicos:

Palpación en abdomen<sup>38</sup>

Percusión.

Auscultación.

Medición.

Estado físico

Sentidos

---

<sup>37</sup> Mondragón, Castro H. Obstetricia Básica Ilustrada, 4ª. Edición. Editorial Trillas. México. Pág 134

### **2.1.3.-HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.**

#### **Perfil del paciente.-**

Ambiente físico.-

Características físicas de la habitación.-

Tipo de construcción.-

Animales domésticos.-

#### **Servicio sanitario.-**

Control de basura.-

Eliminación de desecho.-

Iluminación.-

Pavimento.-

Vías de comunicación.-

Medios de transporte.

Recursos para la salud.

Hábitos higiénicos.

Higiene personal.

Cambios de ropa personal.

Hábitos de alimentación.

Desayuno.

Comida.

Cena.

Preferencia de alimentos.

Intolerancia.

Hábitos de eliminación.

Vesical.

Intestinal.

Hábitos de descanso, relajación y sueño.

Descanso.

Sueño.

**Características:**

Diversión o deportes.

Ejercicio hábitos de actividad o sedentarismo.

Limitaciones para el ejercicio.

Enfermedad actual.

Aficiones favoritas.

**Antecedentes sociales, culturales y económicos.**

Horario de trabajo.

Ocupación actual.

Composición familiar.

Parentesco          edad          ocupación          participación económica:

Dinámica familiar:

Dinámica social:

Rutina cotidiana:

Problema actual o padecimiento:

Antecedentes personales patológicos:

Antecedentes familiares patológicos:

Antecedentes gineco-obstétricos:

Antecedentes heredo-familiares:

Antecedentes personales no patológicos:

Antecedentes personales patológicos:

Exámenes de gabinete:

Tipo

Normal

Observaciones

## 2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

El diagnóstico de enfermería se entiende como la exposición de una conclusión resultante del reconocimiento de un patrón derivado de un examen de enfermería del paciente, por ello posterior al análisis de los datos obtenidos y determinación de las necesidades que presenta el paciente se procede a elaborar cada uno de los diagnósticos de enfermería retomando el formato de la NANDA:

Etiqueta diagnóstica.	Definición.	Factores condicionantes.	Factores relacionados.
-----------------------	-------------	--------------------------	------------------------

## 2.3 PLANEACIÓN.

Los diagnósticos de enfermería son parte integral del proceso de enfermería ya que proporcionan un lenguaje común para identificar los problemas de los pacientes y ayudara a seleccionar las actuaciones. Durante esta etapa se jerarquizan las necesidades y las intervenciones de enfermería así como el establecimiento de objetivos.

## 2.4 EJECUCIÓN.

Las actuaciones de enfermería incluyen la asistencia directa que el personal presta a los pacientes, la ayuda a dicha asistencia, la enseñanza al paciente y a su familia y la monitorización de los enfermos. Cada una de las actividades de enfermería debe documentarse con exactitud para el registro de las actividades de la enfermería, se utilizan listas de comprobación explicativa; cada institución dispone de impresos destinados a la documentación, donde constan las directrices de su política. Muchas instituciones añaden normas o protocolos para actuaciones en los impresos de planificación de la asistencia. De forma, es posible comparar rápidamente los resultados esperados con los reales.



## 2.5 EVALUACIÓN.

En ésta fase del Proceso Atención de Enfermería se evaluarán las intervenciones de enfermería y se observará si se lograron los objetivos trazados. Esta etapa nos permite verificar y comprobar si las actuaciones de enfermería fueron adecuadas, de lo contrario habrá que plantearse nuevos Objetivos y nuevas intervenciones de enfermería.

NECESIDAD DE.-  DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.-  OBJETIVOS.-	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES
EVALUACIÓN	

### **3.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **3.1.-PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Se trata de paciente de 22 años de edad, orientada reactiva a estímulos externos, al interrogatorio se muestra con gran angustia e inquietud por conocer el estado de salud de su hijo.

Lugar de procedencia Iztapaluca, Estado de México proviene de nivel socioeconómico bajo, con regulares hábitos higiénicos dietéticos, alimentación con bajo aporte calórico proteico, su familia la integran su compañero, su papá, y hermanos, aparentemente sanos.

A la observación se encuentra paciente conciente, ubicada en lugar y espacio, respondiendo al interrogativo, con palidez de tegmentos, piel y mucosa deshidratada, estatura baja, con fascies de dolor, de 22 años de edad, primigesta con embarazo de 24 semanas de gestación por somatometría , con producto único óbito.

Sus hábitos de higiene personal son regulares, vive con algunas carencias, pues labora en una fábrica de plásticos como obrera, su relación con familiares es poco estable y con su pareja regularmente armónica.

A la exploración física: Paciente, conciente coopera al interrogatorio y a la exploración física, angustiada ante la espera del diagnóstico sobre la evolución de su embarazo, estatura baja.

Palidez de tegmentos y piel integra, mucosas orales deshidratadas, fiebre, ruidos respiratorios sin alteraciones, ruidos cardiacos normales, abdomen con útero

ocupado con producto único, no se escucha foco fetal, no se palpan movimientos del feto, presenta dolor a la palpación. No presenta contracciones, membranas íntegras, cuello del útero posterior, con 3 cm. de longitud. Como datos agregados presenta disuria y polaquiuria.

Con los siguientes datos se pasa al servicio de labor, con el diagnóstico médico de embarazo de 24 semanas mas infección de vías urinarias, probable óbito y probable oligo hidramnios severo.

Se procede a inducir el trabajo de parto, pasa a sala de expulsión, donde se obtiene producto único óbito, del sexo femenino a las 1: 55 hrs. Con peso de 1180 Gramos, apgar de 0, con múltiples maceraciones, circular de cordón apretado, se realiza revisión instrumental de cavidad uterina.

Se interna a piso para vigilancia y manejo con antibioticoterapia.

## **3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

### **3.2.1 OBSERVACIÓN.**

A continuación se expone una breve descripción de los datos y hechos necesarios para definir el estado de salud de la paciente y así describir sus capacidades y problemas. Observados por los sentidos:

- 1.- Estado mental:** Conciente, alerta y con respuesta rápida hacia el medio ambiente que le rodea.
  
- 2.- Estado emocional:** De angustia y preocupación por el estado de su hijo.
  
- 3.- Orientación:** Orientada en tiempo, lugar y espacio.
  
- 4.- Constitución y conformación física:** Baja, delgada.
  
- 5.- Coloración de tegumentos:**  
Palidez.
  
- 6.- Edema de cara y miembros inferiores:** Edema muy leve en cara y miembros inferiores.
  
- 7.- Características de las mamas:** Firmes, muy dolorosas sensibles al tacto.
  
- 8.- Náuseas o vomito:** Vomito frecuente.
  
- 9.- Nutrición:**

- 10.- Características y cantidad de la orina:** Micción frecuente, acompañada de ardor, color turbio.
- 11.- Columna vertebral:** Dolor intenso en zona lumbar que se irradia en la zona externa.
- 12.-Características de los líquidos y sangrado transvaginal:** Loquios hemáticos con sangrado transvaginal moderado y olor característico.
- 13.- Estado del útero:** Buena involución uterina, unos cuatro centímetros debajo De la cicatriz umbilical.
- 14.- Estado de hidratación:** Regularmente hidratada, con vena permeable, solución, membranas mucosas secas, solución glucosada al 5%.
- 15.- Respiración:** Eupnea 18 por minuto.
- 16.- Campos pulmonares:** Limpios.
- 17.- Motilidad intestinal:** Peristalsis normal.
- 18.- Capacidad para recordar, sucesos recientes y pasados:** Buena capacidad de retención.
- 19.- Nivel de atención:** Normal, pone atención.

### **3.2.2 ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.**

Para iniciar una entrevista la persona que la realiza se presenta verbalmente, se solicita la colaboración del entrevistado, se le explica el objetivo y la importancia de la veracidad de sus respuestas.

#### **Datos personales:**

**Nombre:** Karina Coba García

**Edad:** 22 años

**Domicilio:** Tlalnepantla No 6 Colonia Santa Barbara Iztapaluca

**Ocupación:** Obrera

**Estado civil:** Unión libre

**Menarca:** 15 años

**Vida sexual activa:** 18 años

**Número de parejas sexuales:** Dos

**Ritmo menstrual:** 30 por 4

**Cantidad:** Regular

**Dismenorrea:** Ocasional

**Gestas:** 1

**Paras:** 0

**Aborto:** 0

**Planificación familiar:** si

**Métodos:** Hormonales y orales

**Examen de papanicolau:** No

**Lugar de la entrevista:** Hospital General de Zona no 53

**Fecha:** 24 agosto de 2000

**Hora:** 18:00 horas

**□ Características físicas**

**1.- Durante su embarazo presento cefalea:** Si.

**2.- Si su respuesta es positiva diga a partir de qué mes:** tercer trimestre.

**3.- Durante su embarazo presentó náuseas o vómito:** En el primer trimestre.

**4.- Durante el embarazo presento hipersecreción salival:** Si.

- 5.- A partir de que trimestre comenzó a tener secreción láctea (calostro):**  
Tercer trimestre.
- 6.- En que trimestre comenzó a notar cambios en sus mamas:** Primer trimestre.
- 7.- En que mes de su embarazo comenzó a notar el aumento de su peso:**  
Cuarto y quinto mes.
- 8.- En que mes de su embarazo comenzó a sentir movimientos fetales:**  
Cuarto mes.
- 9.- Ha presentado molestias al orinar:** En el tercer mes de embarazo, sin tratamiento medico.
- 10.- En caso de ser afirmativa la respuesta anterior mencione cuáles:** Micción frecuente, ardor y dolor, acompañado de dolor en flanco derecho.
- 11.- Característica de la orina al momento de la entrevista:** Orina turbia y fétida.
- 12.- Ha presentado alguna secreción por vagina:** no
- 13.- Durante su embarazo se hincharon alguna vez sus pies:** Si.
- 14.- Qué parte y en que mes le comenzó a notar miembros inferiores y superiores:** A partir del quinto mes no bien definidos.
- 15.- Peso al inicio del embarazo:** 50 kilogramos.



**16.- Peso al final del embarazo:** 56.500 kilogramos.

**17.- Aproximadamente cuantos kilos aumento durante su embarazo:** 6.500 kilogramos.

### **3.2.3 EXAMEN FÍSICO DE ENFERMERÍA**

#### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

##### **INSPECCIÓN:**

##### **Aspecto físico:**

De compleción media, estatura baja, conciente de 22 años, quejumbrosa, angustiada, nivel social medio bajo, peso 56.500 kilogramos, talla 1. 50 metros, con 38°C, frecuencia cardiaca de 100 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, tensión arterial 110/70.

**Alineación corporal:** Normal

**Aspecto corporal:** Estado de ánimo preocupada, inquieta, quejumbrosa y febril ubicada en sus tres esferas.

**Aspecto psicológico:** Deprimida, angustiada, preocupada, por la salud de su bebé.

##### **Aspectos fundamentales de la exploración física de la mujer embarazada:**

**Cráneo.-** Cabeza redonda, volúmen normal, ojos y oídos bien implantados y características normales.

**Cara.-** Pupilas normorefléxicas, conjuntivas oculopalpebrales normales, mucosa oral y cavidad bucal en buen estado, piezas dentales completas, en malas condiciones de higiene.

**Cuello.-** Cilíndrico sin presencia de adenomegalias pulsos carotídeos normales.

**Tórax.-** Normolíneo, movimientos respiratorio y circulatorio normales.

**Miembros inferiores y superiores.-** Presencia de pulsos y movimientos normales.

**Abdomen.-** Globoso, oboide a expensas del útero gestante con producto único, óbito.

**Pelvis.-** Órganos sexuales de característica de acuerdo a su edad, vello púbico bien implantado, vagina elástica ligeramente hiperhémica sin alteraciones:.

**Miembros pélvicos.-** Con pulsos normales y movimientos normales.

**Palpación de abdomen.-** Altura uterina 28 centímetros, presentación cefálica, dorso derecho, sin frecuencia cardíaca fetal.

**Percusión.-** Presencia de ruidos peristálticos.

**Auscultación.-** Peristálsis presente, ruidos cardiacos normales. ruidos ventilatorios normales, no se escucha frecuencia cardíaca fetal.

**Medición.-** Fondo uterino 30 centímetros, frecuencia cardíaca 100 por minuto, tensión arterial 110/70, peso 56.500 kilogramos, talla 1.50 metros.

**Estado físico.-** Nivel de conciencia consciente, reactivo, orientado, ubicado en sus tres esferas.

**Sentidos.-** Vista, tacto, audición, olfato y gusto normales.

### **3.2.4 HISTORIA CLÍNICA DE LA ENFERMERÍA**

□ **Perfil de paciente:**

**Ambiente físico.-** Características físicas de la habitación, la casa en que vive, es de su papá, en donde habita con dos hermanos.

**Tipo de construcción.-** Es horizontal, construida con tabique, ladrillo, cemento, puertas de herrería y techos de lámina de asbesto, cuenta con tres habitaciones cocina, baño y un patio.

**Animales domésticos.-** Gallinas, perros y fauna nociva.

**Servicio sanitario.-** Cuenta con servicio intradomiciliario de agua la cual existe durante los 365 días del año sin escasearse.

**Control de basura.-** Cada tercer día pasa el camión recolector.

**Eliminación de desechos.-** Va directo a la cañería municipal.

**Iluminación.-** Buena. La casa tiene buena orientación y cuenta con iluminación artificial.

**Pavimento.-** Algunas calles se encuentran pavimentadas la mayoría cuenta con empedrado y piedra, en temporadas de lluvia se forman grandes cantidades de lodo.

**Vías de comunicación.-** Se cuenta con casetas de larga distancia en la comunidad. Casetas de teléfono público y líneas de teléfono particulares.

**Medios de transporte.-** Se cuenta con camión, taxis y microbuses.

**Recursos para la salud.-** Centro de salud rural, donde se refieren los pacientes al hospital, clínicas particulares y dispensarios.

□ **Hábitos higiénicos:**

**Higiene personal.-** Baño cada tercer día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, aseo bucal una vez al día, cuidado de uñas corte cada quince días.

**Cambios de ropa personal.-** Cambio de ropa después del baño, o salir a algún lugar.

**Hábitos de alimentación.-** Patrón habitual de alimentación.

**Desayuno.-** De 8 a 9 de la mañana: leche, pan, guiso del día anterior ocasional con una o dos tortillas.

**Comida.-** De las 14 a las 15 horas fruta ocasional una vez por semana. Alimentos: sopa, caldo, frijoles, carne una vez por semana.

**Cena.-** Leche, pan, atole de maizena.

**Preferencia de alimentos.-** Naturales, como frijol, lechuga, tortillas, pan, atole, con predominio de carbohidratos.

**Intolerancia.-** Ninguna.

**Hábitos de eliminación:**

**Vesical.-** Cuatro a seis veces al día, amarillo, ámbar, espontáneo.

**Intestinal.-** Una a dos veces al día, en la mañana o en la noche, consistencia formada café oscuro, sin problemas de estreñimiento.

□ **Hábitos de descanso, relajación y sueño:**

**Descanso.-** Por las mañanas unos 15 minutos, al igual que por la tarde.

**Sueño.-** Duerme de 6 a 7 horas.

**Características.-** Se acuesta las 22 horas y se levanta a las 5 de la mañana, para acudir a su trabajo.

**Diversión y deportes.-** Ninguno.

**Ejercicio hábitos de actividad o sedentarismo.-** Camina diario en las mañanas de 10 a 15 minutos.

**Limitaciones para el ejercicio.-** Por la falta de disciplina, se cansa con frecuencia.

**Enfermedad actual.-** Infección de vías urinarias.

**Aficiones favoritas.-** Pasea cada 8 días con su pareja.

▣ **Antecedentes sociales, culturales y económicos:**

**Horario de trabajo.-** Trabaja como obrera en una fábrica de plásticos, el cual es muy arduo, dice que le es muy cansado pues permanece de pie durante las 8 horas de su jornada laboral.

**Ocupación actual.-** Obrera y actividades propias del hogar.

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Compañero	34 años	Velador	1000 pesos quincenales
Papá	47 años	Obrero	950 pesos quincenales
Hermano	20 años	Ayudante	800 pesos quincenales
Hermano	18 años	Estudiante	

**Dinámica familiar:** Vive con su papá y sus hermanos, 3 veces por semana la visita su pareja, por lo que se enfrenta a problemas familiares, porque no aceptan su relación sentimental.

**Dinámica social:** Ocasionalmente participa en las festividades de su población.

**Rutina cotidiana:** Se levanta a las cinco de la mañana para dirigirse a su centro de trabajo el cual se encuentra a dos horas de recorrido. Regresando por la tarde a su domicilio, para continuar con trabajos domésticos.

**Problema actual o padecimiento:** Se presenta al servicio de admisión del hospital, por no percibir movimiento fetal, presenta; vómito, dolor en flanco derecho, escalofrío, fiebre, dolor al orinar y micciones frecuentes.

**Antecedentes personales patológicos:** Niega enfermedades alérgicas transfusiones traumáticas y quirúrgicas, alcoholismo y tabaquismo negativos.

**Antecedentes familiares patológicos:** Su abuela materna falleció hace dos años se desconoce la causa, su mamá falleció hace 5 años por insuficiencia renal crónica, secundaria a diabetes mellitus, demás familiares consanguíneos sin enfermedades aparentes.

**Antecedentes ginecobstétricos:** Menarca a los quince años, periodo menstrual normal, ritmo 30 por 4 días de duración en moderada cantidad, dismenorrea ocasionalmente, inicia vida sexual activa a los 18 años, dos parejas sexuales, tomó durante dos años hormonales orales, gesta 1, aborto cero, partos cero, fecha de ultima menstruación 1º de abril del 2000, en el periodo de embarazo, no ha llevado control prenatal.

## **Exploración física**

### **INSPECCIÓN:**

**Aspecto físico.-** Complexión regular, introvertida, conciente, 22 años de edad, nivel social bajo, con signos de dolor y deshidratación.

**Aspecto emocional.-** Inquieta, angustiada y desesperada.

**Palpación.-** Maniobras de Leopold, producto no viable.

**Percusión.-** Ruidos peristálticos presentes, ruidos cardiacos y rítmicos normales, frecuencia cardíaca fetal ausente.

**Auscultacion.-** Ruidos cardiacos normales, ruidos peristálticos presentes, ruidos y latidos fetales normales, movimientos respiratorios normales.

**Medición.-** Altura de fondo uterino de 20 cm, antropometría de la pelvis con características obstétricas favorables.

### **Exámenes de gabinete**

#### **Biometría hemática**

<b>Tipo</b>	<b>Normales del paciente</b>	<b>Observaciones</b>
Hemoglobina	100 ml 13.5-17	9.1
Hematocrito	37-47%	34%
Leucocitos	4.000-1000	8600
Linfocitos	18-45	20
Monocitos	3-10	1



Eosinófilos	1-4	0
Basófilos	0-1	0
Segmentados	45-65	79
T. De protombina	11-15%	11%
<b>T. De pretombina total</b>	9-13%	9%
Plaquetas	130-4000mm <sup>3</sup>	140000
<b>Química sanguínea</b>		
Glucosa	70-110 mg.	80 mg
Albúmina	3.2-5 gr.	3.25 gr.
<b>Examen general de orina</b>		
Leucocitos	0 por campo	10-12 por campo

### **Ultrasonido abdominal**

Se rastrea producto único óbito, sin apreciarse motilidad somática, sin presencia de frecuencia cardíaca fetal, cefálico, dorso a la derecha, con oligohidramnios severo y placenta grado 0, por somatometría corresponde a 24 semanas de gestación.

### **Problemas detectados.**

Óbito de 24 semanas, placenta grado 0 oligohidramnios severo.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> UNAM, ENEO. Examen Clínico. Historia Clínica de la Enfermería.

## **Resumen clínico.**

Se trata de paciente femenino de 22 años de edad, orientada, reactiva a estímulos externos, contesta al interrogatorio angustiada.

Originaria de Iztapaluca, Estado de México, donde reside, proviene de nivel socioeconómico bajo, con hábitos higiénicos y dietéticas deficientes, alimentación con pobre aporte proteínico, su familia la integran sus hermanos, su papá y su relación inestable con su pareja.

Su casa se localiza, en un municipio donde no se cuenta, con eficientes servicios sanitarios, cuenta con dos habitaciones, cocina y un baño, habitan en el mismo sitio, aves y perros además la fauna nociva que es frecuente en el lugar.

Primigesta con incertidumbre por la inminente pérdida de su bebé, desinformada de proceso de parto, con poco apoyo por parte de su familia.

Acude al servicio de admisión del hospital por no percibir movimientos fetales desde el día de ayer, además de presentar vómito en numero de cuatro, fiebre y dolor abdominal.

A la exploración física, paciente conciente orientada, con palidez de tegumentos, mucosas orales mal hidratadas, cardiopulmonar con movimientos y ruidos normales, abdomen globoso ocupado con producto único óbito, fondo uterino de 20 centímetros presentación cefálica.

Desde el primer trimestre ha cursado con infección de vías urinarias.

Al tacto vaginal con buena coloración, membranas integra, sin trabajo de parto, por lo que se pasa al servicio de labor, para efectuar inducción de trabajo de parto con oxitocina.

Posteriormente se cuenta con exámenes de laboratorio dentro de límites normales, el borramiento y dilatación completa, se procede a la atención del parto, donde se obtiene producto único óbito del sexo femenino a las 11:55 horas que pesa 1180 gramos, con apgar de 0, el cual presenta múltiples maceraciones, así como circular de cordón apretado.

Se procede a realizar asepsia y antisepsia de la región genital así como colocación de campos estériles y se realiza revisión instrumental de cavidad uterina encontrándose sin restos placentarios.

Se obtiene placenta a las doce horas, completa y con múltiples zonas de necrosis, se verifica emostasia y se limpia a la paciente dándose por terminado el acto.

**Se interna a piso para continuar vigilancia y manejo con antibióticos.**

#### IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

1. Oxigenación
2. Nutrición
3. Hidratación
4. Eliminación
5. Descanso y sueño
6. Apoyo y comprensión
7. Duelo
8. Seguridad
9. Incertidumbre ante el trabajo de parto inminente

- 10. Termorregulación
- 11. Circulación
- 12. Dolor
- 13. Comunicación
- 14. Evitar peligros
- 15. Higiene y protección de la piel

#### 1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

**Datos de independencia.-** Realiza actividades cotidianas sin fatiga, su vida es activa poco sedentaria.

**Datos de dependencia.-** No se observan.

#### 2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

**Datos de independencia.-** Sus alimentos aunque no son variados, realiza tres comidas al día, ingiere líquidos, talla 1.50 metros, peso 56.500 kilogramos.

**Datos de dependencia.-** No presentes.

#### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

**Datos de independencia.-** Eliminación urinaria frecuente, acompañada de molestias.

**Datos de dependencia.-** A su ingreso a labor se mantuvo vigilancia y control de las características de la orina.

#### 4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

**Datos de independencia.-** Postura corporal adecuada, puede levantarse para su HIGIENE Y permanecer en reposo.

**Datos de dependencia.-** No se observan.

#### 5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

**Datos de Independencia.-** Duerme de 6 a 7 horas diariamente, descansa relajada, conciliando sin problemas el sueño.

**Datos de dependencia.-** No se observan.

#### 6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

**Datos de independencia.-** Viste ropa adecuada para su estado de gravidez, durante su estancia hospitalaria ropa institucional.

**Datos de dependencia.-** No se observan.

#### 7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

**Datos de independencia.-** Temperatura de 38°C, piel sudorosa, desde su ingreso al hospital.

**Datos de dependencia.-** El proceso infeccioso en vías urinarias no le permite el control de su temperatura.

## 8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

**Datos de independencia.-** Su aspecto personal es de regular estado de higiene, se baña cada 2 días, se lava los dientes una vez al día.

**Datos de dependencia.-** Discreta palidez de tegumentos, piel reseca.

## 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

**Datos de independencia.-** La paciente refleja incertidumbre ante la situación de su bebé.

**Datos de dependencia.-** Inducción del trabajo de parto para la estación del óbito, presenta diferentes emociones y estados de ánimo.

## 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.

**Datos de independencia.-** Utiliza mecanismos de defensa, negándose a la pérdida de su bebé.

**Datos de dependencia.-** Se encuentra deprimida, y a la vez, no puede expresar sus sentimientos y emociones a su familia.

## 11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES.

**Datos de independencia.-** Práctica libremente la realización que ella desea (católica) acude a los cultos de su población.

**Datos de dependencia.-** No se observan.

## 12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.

**Datos de independencia.-** Cuenta con trabajo normal de acuerdo a sus capacidades, y realiza actividades en su hogar.

**Datos de dependencia.-** No se observan.

## 13.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

**Datos de independencia.-** Interés por conocer la situación de su salud.

**Datos de dependencia.-** No se observan.

## 14.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.

**Datos de independencia.-** Demuestra comodidad con la propia identidad sexual.

**Datos de dependencia.-** Conoce que debe esperar la cuarentena para reiniciar su vida sexual.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Fernández Ferrín. El Proceso Atención de Enfermería. Estudios de casos, 4ª edición, editorial Masson, Salvat. 1995. Página 220

### 3.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

#### Fisiológicos :

- Ansiedad moderada relacionada con el ingreso de parto y ansiedad por la pérdida, déficit de conocimientos sobre esta experiencia, manifestado por tensión facial y voz temblorosa.
- Ansiedad de moderada a grave, relacionada con la inducción del trabajo de parto no planificado, manifestado con temblores en las manos.
- Dolor de moderado a grave relacionado con el parto y la revisión instrumental de cavidad, manifestado por alteración del tono muscular y quejidos.
- Alteración del proceso de involución relacionado con el parto manifestado por escalofríos y somnolencia.
- Desequilibrio fisiológico relacionado con la interrupción del embarazo y la inducción del trabajo de parto, manifestado por debilidad y sequedad en las membranas mucosas.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con la hemorragia del posparto, manifestado por hipotensión.
- Potencial de infección relacionada con el parto reciente, manifestado por fiebre.
- Alteración potencial del bienestar relacionada con la ingurgitación mamaria, manifestada por aumento de volumen.



**Sociales:**

- Ansiedad relacionada con el ambiente no familiar, rutinas, pruebas, diagnósticas y tratamiento, como se demuestra por incertidumbre y temor.
- Déficit de auto cuidado en relación baño higiénico asociado con deterioro cognitivo, manifestado por higiene defectuosa.

**Educativos:**

- Déficit de conocimientos relacionado a procedimientos hospitalarios, manifestado por angustia.
- Potencial de distrés familiar relacionado con la necesidad de planificación familiar, Manifestado por alteración en la relación con la pareja.

**Cultural:**

- Trastorno del patrón sueño en relación con ambiente desconocido y ruidoso, manifestado por irritabilidad.

**Espiritual:**

- Riesgo de sufrimiento espiritual en relación con la separación de sistemas de apoyo. Duelo relacionado con la pérdida de un niño o feto o con la pérdida del niño deseado, manifestado por expresión de culpa, tristeza y llanto..

### **3.4 PLAN DE CUIDADOS.**

#### **Diagnósticos de enfermería:**

Ansiedad moderada relacionada por el ingreso por parto y la ansiedad de la pérdida déficit de conocimientos sobre esta experiencia, manifestado por tensión facial y voz temblorosa.

**Objetivo1:** La paciente y su familia adquirirán conocimientos para el parto inducido y estarán preparados física y emocionalmente para esta experiencia.

#### **Diagnóstico de enfermería:**

Ansiedad de moderada a grave relacionada con la inducción del trabajo de parto no planificado, manifestado por temblores en las manos.

**Objetivo 1:** La pareja adquirirá conocimiento sobre el parto, mediante la inducción y se adaptará a la crisis no esperada, sin ansiedad o pánico indebidos.

**Objetivo 2:** La familia cooperará en los preparativos de la embarazada para el parto inducido.

#### **Diagnóstico de enfermería:**

Dolor de moderado a grave relacionado con el parto y la revisión instrumental de cavidad, manifestado por alteración del tono muscular y quejidos.

**Objetivo 1:** Se mantendrá el equilibrio fisiológico de la paciente tras el parto inesperado.

**Objetivo 2:** La paciente experimentará un malestar mínimo.

**Objetivo 3:** La familia se adaptará y hará frente a la integridad familiar tras el parto.

**Diagnóstico de enfermería:**

Alteración potencial del proceso de involución relacionado con el parto, manifestado por escalofríos y somnolencia.

**Objetivo 1:** La paciente se recuperará del parto sin complicaciones y el proceso de involución se llevara a cabo sin alteraciones.

**Diagnóstico de enfermería:**

Desequilibrio fisiológico relacionado con la interrupción del embarazo y la inducción del trabajo de parto, manifestado por debilidad y sequedad de las membranas mucosas.

**Objetivo 1:** La paciente progresará hacia la recuperación sin desarrollar infección del sistema respiratorio, urinario y región abdominal.

**Diagnóstico de enfermería:**

Déficit de volumen de líquidos relacionado con la hemorragia del posparto, manifestado por hipotensión.

**Objetivo 1:** La familia deberá ser consciente de la necesidad de actividades de enfermería.

**Objetivo 2:** En el momento de alta, será capaz de numerar los signos de los que debe informar al médico.

**Diagnóstico de enfermería:**

Potencial de infección relacionada con el parto reciente, manifestado por fiebre.

**Objetivo 1:** La paciente superará su estancia hospitalaria sin desarrollar ninguna infección.

**Diagnóstico de enfermería:**

Alteración potencial del bienestar relacionado con la ingurgitación mamaria, manifestado por aumento de volumen.

**Objetivo 1:** La paciente establecerá medidas de auto cuidado para las mamas.

**Objetivo 2:** El periodo de posparto transcurrirá sin que la ingurgitación mamaria provoque excesivas molestias.

**Diagnóstico de enfermería:**

Angustia en relación con el ambiente no familiar rutinas, pruebas diagnósticas y tratamiento, como se demuestra por incertidumbre y temor.

**Objetivo 1:** El paciente deberá comunicar los sentimientos referente a su condición y hospitalización.

**Objetivo 2:** Se proporcionará orientación adecuada y oportuna al paciente en cada intervención.

**Diagnóstico de enfermería:**

Déficit de auto cuidado en relación con baño higiene asociado con deterioro cognitivo, manifestado por higiene defectuosa.

**Objetivo 1:** Se proporcionará cuidados, seguridad y ayuda al paciente durante su estancia hospitalaria.

**Objetivo 2:** El paciente mantendrá las prácticas habituales que no vayan en contra de su salud.

**Diagnóstico de enfermería:**

Déficit de conocimientos relacionados a procedimientos hospitalarios, manifestado por angustia.

**Objetivo 1:** Explicará el razonamiento a procedimientos que se le realiza a la paciente.

**Diagnóstico de enfermería:**

Distrés familiar relacionado con la necesidad de planificación familiar, manifestado por alteración en la relación con su pareja.

**Objetivo 1:** La pareja superará el período del posparto sin incidencia de distrés familiar relacionado con las necesidades de planificación familiar.

**Diagnóstico de enfermería:**

Trastorno del patrón del sueño en relación con ambiente desconocido y ruidos, manifestado por irritabilidad.

**Objetivo 1:** Se proporcionará ambiente tranquilo al paciente para que descanse por lo menos de 6 a 8 horas diarias.

**Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de sufrimiento espiritual en relación con la separación de sistemas de apoyo religioso, manifestado por llanto y reitramiento.

**Objetivo 1:** La paciente mantendrá las prácticas habituales que no vayan en contra de su salud.

**Diagnóstico de enfermería:**

Duelo relacionado con la pérdida de un niño o feto, o con la pérdida del niño deseado, manifestado por expresión de culpa, tristeza y llanto.

**Objetivo 1:** La familia tomará conciencia de que sus sentimientos se enmarcan dentro del proceso normal de duelo.

**Objetivo 2:** La familia será capaz de resolver su aflicción sin mecanismos de adaptación disfuncional.

**CLASIFICACIÓN DE PRIORIDADES.****Fisiológica:**

- Circulación:
  1. Control térmico.
  2. Sangrado transvaginal.
  3. Edema de miembros inferiores.
  4. Ingurgitación mamaria.

- **Hidratación:**
  1. Mucosas orales reseca.
  2. Pérdida de volúmen sanguíneo.
  3. Control de líquidos.
  
- **Higiene:**
  1. Baño.
  2. Aseo bucal.
  3. Lubricación de piel.
  
- **Seguridad:**
  1. Protección.
  2. Inquieta.
  
- **Afecto:**
  1. Confusa.
  2. Aprensiva.
  3. Temerosa.
  4. Angustiada.
  
- **Social:**
  1. Bienestar.
  
- **Estima:**
  1. Independencia.
  2. Ayuda.
  3. Cooperación.
  4. Respeto propio.
  5. Preocupado.

## 6. Duelo.

- Autorrealización:
  1. Libertad.
  2. Fortaleza.
  3. Suficiencia.
  4. Confianza.
  5. Independencia.



### **3.5 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.**

Para alcanzar plenamente el nivel de profesión, la enfermería debe identificar su enfoque propio y demostrar responsabilidad en los términos de ese enfoque, el sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería es un mecanismo para identificar el campo de acción de la profesión, mientras que el plan de cuidados es el mecanismo para demostrar responsabilidad.<sup>41</sup>

La cuarta fase del proceso de enfermería, la ejecución, es el paso en el que se presta realmente la asistencia. Más que construir un estudio separado, requiere que el personal de enfermería pase por todas las fases del proceso, mientras proporciona la asistencia, el personal de enfermería efectúa también valoraciones adicionales; los datos obtenidos se utilizan como base para la identificación de otros diagnósticos de enfermería y para modificar los resultados y actuaciones actuales.

Las actuaciones de enfermería incluyen la asistencia directa que el personal presta a los pacientes, la ayuda a dicha asistencia, la enseñanza al paciente y a su familia y la monitorización de los enfermos. Cada una de las actividades de enfermería debe documentarse con exactitud para el registro de las actividades de la enfermera, se utilizan listas de comprobación explicativa; cada institución dispone de impresos destinados a la documentación, donde constan las directrices de su política. Muchas instituciones añaden normas o protocolos para actuaciones en los impresos de planificación de la asistencia. De esta forma, es posible comparar rápidamente los resultados esperados con los reales.

La ejecución del plan de cuidados sirve para comunicar al personal de enfermería los problemas específicos del cliente y las actividades prescritas para dirigir y evaluar los cuidados que se ofrecen.

Para preparar un plan de cuidados las enfermeras deben enfrentarse a la solución de problemas de forma intencionada y sistemática.

El establecimiento de normas de asistencia como parte integrante de los registros de enfermería garantiza el cumplimiento de dichas normas.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> CARPENITO L. J. Diagnóstico de Enfermería, Aplicación a la Práctica. Editorial Interamericana. Pág 36

<sup>42</sup> GAUNTLETT. Patricia y Myers Judith. Enfermería Médico Quirúrgica". Volumen 1. 2ª edición. Adaptación Susana Salas y María Teresa Alzaga. Editorial Mosby/doyma. Libros Madrid, España. Página 93.

## PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

### Necesidad de Afecto

Diagnostico de enfermería: Ansiedad moderada relacionada con el ingreso por parto y la ansiedad de la perdida, déficit de conocimientos sobre esta experiencia, manifestado por tensión facial y voz temblorosa.

Objetivo. La paciente y su familia adquirirán conocimientos para el parto inducido y estarán preparados física y emocionalmente para esta experiencia.

Intervenciones de enfermería.	Fundamentación de las intervenciones.
<p>La enfermera valorará la percepción, conocimientos y preparación de la pareja con respeto a la situación actual de su bebé y la inducción del parto.</p> <p>Explicará la normatividad institucional y procedimientos a realizar para el éxito del trabajo de parto.</p> <p>Proporcionará apoyo emocional a la pareja, respondiendo a sus dudas y temores específicos.</p> <p>Esto es, sus percepciones del parto, desilusión respecto a la experiencia.</p>	<p>- La inducción del trabajo de parto en forma precipitada, como es este caso se lleva a cabo tras discusiones entre la mujer y el obstetra. Aunque la paciente recibe explicación del obstetra, la enfermera requiere reforzar la información paso a paso, en los momentos de estrés las personas suelen olvidar lo que se les ha explicado.</p> <p>El alivio de la ansiedad respecto al procedimiento se consigue mejor dedicando tiempo a responder las preguntas y proporcionando información</p>

<p>Explicar a la paciente la serie de procedimientos y tratamientos que se iniciaran.</p> <p>Preparación y toma de muestra para laboratorio y ultrasonografía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo de signos vitales.</li> <li>- Líquidos intravenosos.</li> <li>- Ministración del antibiótico.</li> <li>- Vigilancia a la respuesta de tocolíticos.</li> <li>- Reparación del área física.</li> </ul> <p>Ejecutará el tratamiento médico. Anotará los cuidados, educación sanitaria y evaluación de la paciente en los registros correspondientes.</p>	<p>sobre la sala de parto.</p> <p>También será útil la preparación anticipada para el periodo del post parto.</p> <p>La situación particular de la paciente, la mantiene en un estado de preocupación por que su bebé no es viable.</p>
---	---

**Evaluación**

La pareja expresó sus temores acerca del trabajo de parto y el resultado final de este.

## **Necesidad de Comunicación**

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad de moderada a grave relacionada con la inducción del trabajo de parto no planificado, manifestado por temblores en las manos.

Objetivo. La pareja adquirirá conocimiento sobre el parto mediante la inducción y se adaptará a la crisis no esperada, sin ansiedad o pánico indebidos.

La familia cooperará en los preparativos de la embarazada para el parto inducido.

<b>Intervenciones de enfermería..</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
La enfermera explicará las razones de la inducción del trabajo de parto lo más pronto posible.	El parto no planeado conduce a un periodo preparto largo y con riesgos muy altos de infección y ruptura uterina.
Responderá a cualquier pregunta o preocupación de la familia.	Estas razones se registran en la observación de enfermería y en la hoja de curso clínico una adecuada
Obtendrá los datos de laboratorio y gabinete necesarios.	monitorización de constantes vitales, eficiente valoración de las condiciones cervicales de la paciente nos llevan a un
Realizará los procedimientos necesarios, como son; preparación física (tricotomía), permeabilidad de vena y medicación con agentes	buen trabajo de parto.

<sup>43</sup> CARPENTTO, L. J. Planes de Cuidados, Documentación, diagnóstico de enfermería y Problemas Asociados. 5a edición, editorial Interamericana Mc Graw Hill, 1995 pág. 167.

tocolíticos.

Monitorización de constantes vitales.

Monitorización de contracciones uterinas, vigilancia y valoración de condiciones cervicales, vigilancia de la conducción interina con oxitocina. Se instruye a la paciente sobre los procedimientos y la política de la sala de partos.

Permitirá y encausará las necesidades emocionales de la paciente, ayudará a la familia a afrontar los sentimientos de fracaso respecto al estado final del bebé.<sup>43</sup>

**Evaluación:** La paciente cooperó y colaboró en el proceso del parto, con dedicación e interés.

**Necesidad de: Evitación del Dolor.**

Diagnóstico de enfermería: Dolor de moderado a grave relacionado con el parto y la revisión instrumental de cavidad, manifestado por alteración del tono muscular y quejidos.

Objetivos: Se mantendrá el equilibrio fisiológico de la paciente tras el parto inesperado, la paciente experimentará un malestar mínimo, la familia se adaptará y hará frente a la integridad familiar tras el parto.

**Intervenciones de enfermería.**

La enfermera mantendrá una evaluación continua de:

1. Frecuencia de ritmo intravenoso.
2. Signos vitales.
3. Vigilancia de sangrado transvaginal.
4. Uso deliberado de la imaginación para obtener relajación y alejar la tensión directa de signos y síntomas de dolor.

Proporcionará a la parturienta medidas para su comodidad.

1. Ayudará a girarse según este indicado.

**Fundamentación de las intervenciones**

Tras un parto planificado o no, el proceso de integración familiar se ve retardado debido al desgaste físico de la paciente, la buena alineación corporal y la posición en decúbito lateral izquierdo permite mejor circulación sanguínea, y esta a su vez favorece la adecuada oxigenación celular y por lo tanto menos liberación de catecolaminas a nivel de músculo cardíaco.

El buen manejo del parto reduce el tiempo de recuperación, el dolor puede causar una disminución de la presión arterial y shock.

Es vital la prevención de

<p>2. Usará técnicas de respiración, relajación y visualización.</p> <p>3. Administrar analgésicos puntualmente, para evitar picos y valles de analgesia, especialmente en caso de dolor intenso; según proscripción.</p> <p>4. Mantener la higiene.</p> <p>5. Mantener el calor corporal.</p> <p>6. Permitir a su pareja y familiares a que permanezcan junto a la paciente.</p> <p>Fomentar la vinculación y la integridad funcional.</p>	<p>complicaciones.</p> <p>La hemorragia post parto es más probable que se presente en las 24 horas que suceden al parto.<sup>44</sup></p>
<p><b>Evaluación</b> La atención de el parto se llevó a cabo sin complicaciones, y el consentimiento de la pareja, la paciente controló el dolor.</p>	

<sup>44</sup> CAPERNITO, L. J. Planes de Cuidados. Op. cit. pág. 169-170.



**Necesidad de Circulación.**

Diagnóstico de enfermería: Alteración potencial del proceso de involución relacionada con el parto, manifestado por escalofríos y somnolencia.

Objetivo. La paciente se recuperará del parto sin complicaciones y el proceso de involución se llevará a cabo sin alteraciones.

**Intervenciones de enfermería.**

Ayudará a la paciente en sus necesidades higiénicas tales como, baño y cuidados perineales hasta que pueda atenderse por sí misma.

**Fomentará la actividad en la cama.**

1. Ayudará a la parturienta a adoptar la posición de decúbito lateral.
2. Elevará la cabecera de la cama.
3. Vigilar, evacuación de la vejiga.

Enseñar a la paciente su auto cuidado.

Escuchará la percepción que la paciente tiene de los acontecimientos y clarificará los conceptos erróneos.

**Fundamentación de las Intervenciones**

Posterior al parto la paciente debe observar unos cuidados regulares.

Las pacientes son propensas a la infección post parto debido a restos placentarios, y con razón mayor en este caso cuyo producto fue óbito.

Si la paciente tiene fiebre deben tomarse medidas para su control.

**Necesidad de Nutrición, Hidratación.**

Diagnóstico de enfermería. Desequilibrio fisiológico relacionado con la interrupción del embarazo y la inducción del trabajo de parto, manifestado por debilidad y sequedad de las membranas mucosas.

Objetivo. La paciente progresará hacia la recuperación sin desarrollar infección del sistema respiratorio, urinario, región uterina y anéxos.

<b>Intervenciones de enfermería.</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
La enfermera valorará los signos de infección y proporcionará cuidados de apoyo para mantener el bienestar.	Toda paciente que experimenta un trabajo de parto, y agregando una pérdida del producto requiere cuidados de enfermería especializados.
Controlar la temperatura, pulso y respiración según necesidades.	En las veinticuatro horas que siguen al parto es preciso un cuidado específico de la paciente.
Auscultará los ruidos cardíacos, respiración e intestinales cada 4 horas o según necesidades.	La inspección de la zona vaginal y perineal nos permite detectar cualquier hemorragia anómala.
Fomentará la deambulacion temprana.	
Permitirá la actividad progresiva según el criterio de enfermería.	
Mantendrá hidratación intravenosa hasta que se considere necesario.	

### **Necesidad de Hidratación.**

Diagnóstico de enfermería. Déficit de volúmen de líquidos relacionado con la hemorragia post parto, manifestado por hipotensión.

Objetivos. La familia deberá ser conciente de la necesidad de actividades de enfermería.

En el momento de alta, será capaz de enumerar los signos de los que deben informar al médico.

<b>Intervenciones de enfermería.</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
La enfermera identificará precozmente los signos de los loquios o sangrado excesivo .	La causa más común de hemorragia en el periodo del post parto es la atonía uterina.
Mantendrá un registro exacto de la pérdida hemática. Proporcionará a la familia explicaciones de las actividades de enfermería.	Un milímetro de sangre pesa 1 gramo, para registrar la pérdida hemática deberían pesarse las compresas antes y después de su uso.
Determinará la causa del sangrado excesivo si hay atonía uterina, masajeará el fundus si aparece laceración, usará la presión y/o bolsa de hielo.	La hemorragia es la causa más común de mortalidad en las mujeres durante el nacimiento de su hijo. Un útero atono puede contraerse si se masajea suavemente el fundus hasta notarlo firme. <sup>45</sup>

<p>Iniciará la perfusión de líquidos y añadirá oxitocina, según el procedimiento para cada urgencia.</p>	<p>La sobreestimulación uterina por un masaje demasiado vigoroso puede hacer que se relaje y continúe la hemorragia, aumentando la cantidad de la pérdida hemática.</p>
<p>Cuidará que la vejiga de la paciente se mantenga vacía de orina.</p>	
<p>Si esta no puede orinar insertará una sonda vesical durante 12 ó 24 horas.</p>	<p>Se administrará oxitocina para mantener la contracción uterina.</p>
<p>Mantendrá una valoración de enfermería constante mientras persiste la hemorragia, cada 5 minutos controlará los signos vitales de la mujer, loquios, altura, tono del fundus y aspecto general.</p>	<p>Un útero firme ayuda a prevenir la hemorragia.</p> <p>Hablamos de hemorragia del post parto cuando hay perdida de 500 mililitros o más de sangre, durante las primeras 24 horas después del parto.</p>
<p>Solicitará análisis de laboratorio como grupo sanguíneo, Rh y pruebas cruzadas.</p>	<p>La pérdida de sangre durante el parto generalmente es menor de 500 mililitros. Si la pérdida estimada se acerca a esta cantidad, ello deberá alertar a la enfermera que controlará más estrechamente a la paciente a fin de detectar una posible hemorragia post parto.</p>
<p>Administrará sangre o productos hemoderivados según indicaciones médicas.</p>	<p>Otra causa de atonía uterina puede ser</p>
<p>Administrará oxígeno mediante mascarilla, según necesidades.</p>	

<sup>40</sup> )CAPERNITO, L. J. Planes de Cuidados. op. cit. Pág. 185-187.

<p>Informará al médico.</p> <p>Administrará medicación según indicaciones.</p> <p>Observará los efectos esperados y los efectos secundarios de los medicamentos.</p>	<p>la retención de fragmentos placentarios o laceraciones de la vagina o el cérvix.</p> <p>Los desgarros del cérvix es posible que provoquen una hemorragia de sangre rojo brillante. Si la hemorragia persiste puede aparecer un shock.<sup>46</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p> <p>La pareja señaló cuatro signos de alarma, en el post parto.</p>	

### **Necesidad de Nutrición y Termorregulación.**

Diagnóstico de enfermería. Potencial de infección relacionada con el parto reciente, manifestado por fiebre.

Objetivo. La paciente superará su estancia hospitalaria sin desarrollar ninguna infección.

<b>Intervenciones de enfermería.</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
<p>La enfermera proporcionará medidas preventivas y de apoyo para ayudar a reducir las posibles infecciones.</p>	<p>Cualquier parturienta es propensa a desarrollar una infección.</p>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lavado de manos.</li><li>2. Dieta nutritiva.</li><li>3. Mantendrá la limpieza perineal.</li><li>4. Mantendrá la hidratación.</li><li>5. Iniciará precozmente la Actividad y deambulación.</li><li>6. Proporcionará el reposo adecuado.</li></ol>	<p>El uso de técnicas estériles en todas las actividades de enfermería pueden contribuir a la prevención.</p>
<p>Controlará cuidadosamente la aparición de signos de infección.</p>	<p>Muchos microbios son transportados por el equipo de salud al llevar las manos sucias.</p>
<p>Tomará la temperatura cada cuatro horas.</p>	<p>Hay infecciones locales y sistemáticas que ocurren durante el periodo del post parto.</p>
	<p>Una temperatura de 38 grados centígrados consecutivas después de las 24 horas indica una infección.</p>

<p>Controlará el dolor.</p> <p>Controlará el fundus cada cuatro horas o según necesidades.</p> <p>Observará los loquios cada cuatro horas o según necesidades.</p> <p>Valorará signos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio.</li> <li>• Palidez.</li> <li>• Pérdida de apetito.</li> <li>• Escalofríos.</li> </ul> <p>Instalará medidas de aislamiento si se describirá una sepsis.</p> <p>Informar al medico.</p> <p>Proporcionar cuidados de enfermería adecuados al tipo de infección.</p> <p>Reposo en cama.</p> <p>Controlará el dolor.</p> <p>Administrará medicamentos según prescripción medica.</p> <p>Mantendrá la hidratación por v. o., e intravenosa.</p> <p>Controlará la diuresis.</p>	<p>Es preciso una valoración cuidadosa para determinar la localización de la infección.</p> <p>Debería realizar cultivos para determinar el microorganismo causal y administrar antibioticoterapia específica.</p> <p>Usando oxitócicos para mantener el útero contraído y prevenir la diseminación de microorganismos a través de la pared uterina.<sup>47</sup></p>
---	---

<sup>47</sup> Ibidem. Pág 188-189.

Anotar las valoraciones y actividades de enfermería.	
<b>Evaluación.</b> La paciente participó en cada uno de los procedimientos efectuados, específicamente en su higiene personal.	



**Necesidad de Circulación.**

Diagnóstico de enfermería. Alteración potencial del bienestar relacionada con la ingurgitación mamaria, manifestado por aumento de volúmen.

Objetivos. La paciente establecerá medidas de auto cuidado para las mamas.

**Intervenciones de enfermería.**

La enfermera valorará las mamas para detectar calor, enrojecimiento de los pezones o fisuras en la piel de las mamas.

Determinará si la paciente usa sujetadores adecuados.

Aplicará compresas calientes.

**Fundamentación de las intervenciones**

Durante el período que las mamas están llenas la madre padece dolor y puede presentar fiebre por ingurgitación mamaria.

Mantener los pezones limpios ayuda a prevenir infecciones.

**Evaluación:** la paciente llevó a cabo en forma eficiente la extracción de calostro, y las medidas de higiene en mamas.

**Necesidad de Seguridad y Protección.**

Diagnóstico de enfermería. Angustia relacionada con el ambiente no familiar, rutinas, pruebas diagnósticas y tratamiento, como se demuestra por incertidumbre y temor.

Objetivos. La paciente deberá comunicar los sentimientos y temores referente a su condición y hospitalización.

Se proporcionará orientación adecuada y oportuna a la paciente en cada una de las intervenciones de enfermería.

<b>Intervenciones de enfermería.</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
Orientar a la paciente en la habitación sobre: cama, baño, etc.	Un proceso de admisión tranquila y profesional y una presentación cálida puede ayudar al paciente a establecer un tono positivo para su estancia en el hospital. <sup>48</sup>
Explicar las normas y rutinas del hospital. ☐ Horas de visita. ☐ Horas de comida. ☐ Control de constantes vitales. ☐ Normas para salidas de la unidad.	Darle una información correcta puede ayudarlo a disminuir la ansiedad del paciente asociado a lo desconocido y extraño.
Determinar el conocimiento del paciente acerca de su condición, su pronóstico y medidas de tratamiento.	La enseñanza del paciente sobre las pruebas y medidas de tratamiento pueden ayudar a disminuir su miedo y

<sup>48</sup> Ibidem. P{ag 701

<p>Determinar su capacidad de dar su consentimiento.</p> <p>Explicar todo lo relacionado con su terapéutica.</p> <p>Corregir todo error e información incorrecta que pueda expresar la paciente.</p>	<p>ansiedad asociado a lo desconocido y mejorar su sensación de control sobre la situación.</p> <p>La participación en la toma de decisiones, puede ayudar a dar al paciente una sensación de control, lo que fomenta su capacidad de afrontamiento.</p> <p>La percepción de la pérdida de control puede dar como resultado una sensación de impotencia y luego de desesperanza.</p> <p>El consentimiento de sus derechos y recursos como persona hospitalizada puede proporcionar tranquilidad y ayudarte a reducir su nivel de ansiedad.</p> <p>Una forma que contribuye habitualmente al miedo y a la ansiedad es la información incorrecta.</p> <p>Darle una información adecuada y correcta puede ayudar y aliviar los temores del paciente.<sup>49</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b> La paciente; refirió que disminuyó su angustia y se mostró familiarizada y colaboradora en los procedimientos de enfermería.</p>	

<sup>49</sup> Ibidem. Pág. 709.

### **Necesidad de Apoyo y Comprensión.**

Diagnóstico de enfermería. Déficit de auto cuidado en relación baño higiene asociado con deterioro cognitivo, manifestado por higiene defectuosa.

Objetivos. Se proporcionaran cuidados, seguridad y ayuda a la paciente durante su estancia hospitalaria.

La paciente realizará prácticas habituales que no vayan en contra de su salud.

<b>Intervenciones de enfermería.</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
Promover la máxima implicación del paciente en su cuidado y auto cuidado.	Los trastornos de equilibrio fisiológico y psicosocial que resultan en reacciones exageradas o disfunción mental individual para hacer frente con éxito a todos los acontecimientos de la vida. <sup>50</sup>
Organizar las actividades de forma que el paciente pueda realizarlas fácilmente.	
Ayudar al paciente en aquellas actividades que no es capaz de realizar:	El fomento de las capacidades de auto cuidado del paciente puede aumentar su sensación de control e independencia promoviendo el bienestar general.
Cepillado de pelo.	
Animarle y ayudarle a establecer un horario regular.	Las enfermeras deben planear los cuidados de acuerdo a sus conocimientos y según lo que observe
Evaluar su capacidad para su cuidado.	
Darle ayuda y capacidad para sus cuidados.	
Siempre que sea posible ayudarle a que	

<sup>50</sup> KIM-ME, Farland. Diagnóstico de Enfermería. 4ª. Edición. Pág. 146-147.

<p>realice su rutina diaria.</p> <p>Proporcionará prendas de vestir una talla mayor a lo normal.</p> <p>Proporcionar ambiente estético.</p>	<p>en el paciente y medio ambiente.</p> <p>La participación del paciente en el auto cuidado mejora su funcionamiento fisiológico y reduce la fatiga por la inactividad y mejora su sensación de bienestar.</p>
---	--

**Necesidad de: Comunicación.**

Diagnóstico de enfermería. Déficit de conocimientos relacionado a procedimientos hospitalarios manifestado por angustia.

Objetivo. Explicará el razonamiento a procedimientos que se le realizan a la paciente.

**Intervenciones de enfermería.**

Proporcionará una información correcta usando términos sencillos.

Valorar su respuesta emocional actual a los factores de estrés del hospital.

Explicará los posibles casos del desconocimiento.

Corregir todo error de información inexacta que tenga el paciente sobre el procedimiento.

Explicar la importancia y finalidad de todos los procedimientos.

Explicar las rutinas de los servicios.

**Fundamentación de las intervenciones.**

El conocimiento correcto del procedimiento planificado y las rutinas ayudan a reducir la ansiedad y el miedo relacionado con lo desconocido.

La ansiedad moderada o elevada determina la capacidad de procesar la información, las explicaciones sencillas imparten con mas eficacia la información.

El apoyo adecuado puede eliminar o reducir al mínimo los sentimientos del paciente de que debe pasar solar.

El conocimiento exacto de los conocimientos planeados y de las rutinas de cuidados, puede ayudar a reducir la ansiedad y el miedo en relación con lo desconocido.

**Necesidad de Comunicación.**

Diagnostico de enfermería. Distrés familiar relacionado con la necesidad de planificación familiar, manifestado por alteración en la relación con la pareja.

Objetivo. La pareja superará el periodo de post parto sin incidencia de distrés familiar relacionado con las necesidades de planificación familiar.

**Intervenciones de enfermería.**

La enfermera explicará por que se producen la mayoría de los embarazos no deseados.

Determinará las preferencias culturales y étnicas sobre el control de la natalidad.

Comentará con la pareja su anterior método anticonceptivo para determinar porque piensan que no es efectivo.

Proporcionar a la pareja información completa sobre el resto de los métodos.

Explicar a la pareja que la esterilización no afecta la actividad sexual.

**Fundamentación de las intervenciones**

La causa principal de los embarazos no planificados se encuentra principalmente en una de estas tres categorías:

- Uso irregular o inadecuado de métodos anticonceptivos eficaces.
- No utilizar algún método de anticoncepción.
- Uso de métodos ineficaces.

Comentar con la pareja el método anticonceptivo usado.

Las enfermeras tienen la obligación de informar los métodos anticonceptivos de forma objetiva e imparcial.

**Evaluación:** La pareja expresó sus dudas y sus conceptos acerca de la

paternidad.

### **Necesidad de Descanso y Sueño.**

Diagnóstico de enfermería. Trastorno del patrón del sueño en relación con ambiente desconocido y ruidoso manifestado por irritabilidad.

Objetivo. Se proporcionará ambiente tranquilo a la paciente para que descanse por lo menos de 6 a 8 horas diarias.

<b>Intervenciones de enfermería.</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
Explicar el ciclo del sueño.	
Estadio I transicional entre estar despierto y dormido.	Una persona pasa tiempo típicamente por cuatro o cinco ciclos compuestos de sueño cada noche. El despertar durante un ciclo puede hacerlo no sentirse bien descansado por la mañana.
Estadio II primer sueño, la persona se despierta fácilmente.	El sueño es difícil sin relajación, el ambiente hospitalario desconocido puede impedir la relajación.
Estadio III sueño más profundo, el despertar es más difícil.	
Estadio IV el sueño es más profundo, el metabolismo y las ondas cerebrales se aminoran.	Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un período prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental). <sup>51</sup>
Iniciar las medidas para promover la relajación.	



<p>Mantener un ambiente oscuro y silencioso.</p> <p>Asegurar una buena ventilación de la habitación.</p> <p>Cerrar la puerta si lo desea.</p> <p>Explicar la importancia del ejercicio regular para promover un buen sueño.</p>	<p>El ejercicio regular no solo aumenta la resistencia y favorece la capacidad de tolerar el estrés psicológico, sino que también promueve la relajación.<sup>52</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p> <p>La paciente concilio el sueño sin alteraciones.</p>	

**Necesidad de: Apoyo y comprensión.**

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de sufrimiento espiritual en relación con la separación de sistemas de apoyo religioso, manifestado por llanto y retraimiento.

Objetivo. La paciente mantendrá las prácticas habituales que no vayan en contra de su salud.

<b>Intervenciones de enfermería.</b>	<b>Fundamentación de las intervenciones</b>
Expresar la comprensión y aceptación de la importancia de las creencias y prácticas religiosas o espirituales.	Para su paciente que le da mucho valor a la operación u otras prácticas espirituales, estas pláticas pueden darle significado, finalidad y pueden ser una fuente de consuelo y fuerza.
Darle intimidad y tranquilidad para los ritos espirituales, según los deseos del paciente y según se pueda practicar.	La intimidad y el silencio proporcionan un ambiente que posibilita la reflexión y contemplación.
Si lo desea ofrézcase a rezar con el paciente o leerle un texto religioso.	La enfermera incluso la que no suscribe a los mismos valores o creencias religiosas que el paciente le puede ayudar a cubrir sus necesidades espirituales.
	Estas medidas pueden ayudar al paciente a mantener los lazos

	espirituales y a practicar los ritos importantes.
--	---

**Evaluación.**

La pareja expresó con libertad sus creencias y solicitó a trabajo social un texto religioso.

### **Necesidad de Evitar los Peligros de Perjudicar a los demás.**

Diagnóstico de Enfermería. Duelo relacionado con la pérdida de un niño o feto ~ con la pérdida de un niño "deseado", manifestado por expresión de culpa, llanto y tristeza.

Objetivo. La familia tomará conciencia de que sus sentimientos se enmarcan dentro del proceso normal de duelo.

La familia será capaz de resolver su aflicción sin mecanismos de adaptación disfuncional.

#### **Intervenciones de enfermería.**

- La enfermera identificará las reacciones de la familia ante la pérdida.
- Conseguiré que la familia pueda ver, tocar y coger al feto.
- Sacaré una fotografía del neonato.
- Permitiré que la familia exprese sus sentimientos.
- Proporcionaré apoyo emocional.
- Contactaré con el servicio religioso de la institución o con el sacerdote de la familia.
- Se ocuparé de los arreglos para el bautismo, si la familia lo desea.
- Enviaré a la familia los servicios

#### **Fundamentación de las Intervenciones**

- Se han escrito muchos tratados sobre la vida y la muerte. Cualquier pérdida comporta un proceso de duelo. Las etapas del duelo son:

Shock, incredulidad, negación y aceptación.

Además de los sentimientos de culpa y tristeza, es común encontrar también hostilidad y cólera.

El proceso de duelo que dura más de dos años, se dice que es prolongado. El

<sup>53</sup> KIM-ME, Farland. Diagnóstico de Enfermería. 4ª. Ed. Pág. 146-147.

<p>apropiados de la comunidad, como grupos de participación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudará a la familia a determinar las alternativas de que disponen para el cuidado del niño.</li> <li>• Identificar el estadio del proceso de duelo por el que pasa la paciente y familiares.</li> <li>• Durante el estadio de choque e incredulidad:</li> <li>• Permitir el uso de la negación y otros mecanismos de defensa.</li> <li>• Evitar el reforzamiento de la negatividad.</li> <li>• Procurar la suficiente serenidad para experimentar reacciones y sentimientos caóticos o intensos.<sup>53</sup></li> </ul>	<p>ver, tocar y coger los brazos al niño, ayuda a la mujer a "cerrar" su embarazo, evita la confusión y el duelo prolongado (Klaus y Kennel, 1976).</p>
---	---

**Evaluación.**

La paciente mostró al último día de su estancia hospitalaria mejor actitud, se mostró más sociable, me comentó que está joven e intentará embarazarse de nuevo, tomando las medidas preventivas para obtener un embarazo sano.

### **3.6 EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.**

La evaluación efectuada a la paciente y a su familia expresaron conocimientos acerca del proceso de parto, explicando tres de las etapas, que causaron mayor ansiedad a la paciente.

La pareja expresó y comprendió las causas posibles que originaron la muerte fetal y como consecuencia la inducción no planeada del parto, presentando mayor aceptación y disminuyó considerablemente la ansiedad presentada a su ingreso al hospital.

Se obtuvo producto óbito único del sexo femenino con peso de 1180 gramos, apgar de 0, con múltiples maceraciones, circular de cordón apretado, se proporcionan cuidados post mortem.

Se efectúa revisión instrumental de cavidad, sin complicaciones, se ingresa a hospitalización con antibiótico terapia.

Se proporcionaron cuidados post parto con énfasis en la vigilancia de sangrado y la prevención de proceso infeccioso.

Durante su estancia en hospitalización la paciente manifestó sus dudas y temores acerca de la planificación familiar, comprendió la importancia de la adopción de un método de anticoncepción, expreso sus dudas y comentarios acerca de la vida en pareja.

La pareja y la familia expresaron sus sentimientos de duelo en forma espontánea.

Fueron explicados los procedimientos efectuados a la paciente, obteniendo colaboración y cooperación para su ejecución, se evitaron complicaciones.

Se obtuvo el proceso de recuperación y el cumplimiento terapéutico satisfactoriamente.

Fue elaborado un plan de alta y se dio a conocer a la pareja y familiares.

### **3.7 PLAN DE ALTA.**

#### **Justificación:**

Con la finalidad de que la paciente al regreso de la unidad hospitalaria se incorpora al grupo familiar y social, a sus actividades cotidianas, trata de llevar su vida lo mejor posible. Sin descuidar la continuidad de su tratamiento e indicaciones para llevar a cabo una vida optima.

#### **Objetivos:**

1. Volver a casa para recuperación, será capaz de realizar las propias actividades cotidianas.
2. Satisfacer las necesidades emocionales de la paciente y su familia.
3. Favorecer una pronta mejoría de la paciente contando con el apoyo familiar.
4. Llevar un seguimiento registrando los cuidados que se vayan dando a lo largo de su recuperación.
5. Promover el auto cuidado de la salud.

#### **Límites:**

Espacio. Hogar de la paciente.

Lugar. Domicilio y el hospital.

Asesoría. Gineco-obstetricia, enfermeras, trabajo social, dietista, médico familiar.

Tiempo. Este será de 8 días de su egreso hospitalario, hasta su primera consulta con el especialista o el médico familiar.

Universo de trabajo. La paciente y su núcleo familiar.

#### **Indicaciones medicas:**

- Proporcionar receta, medicamentos o indicaciones.
- Antibiótico v. O. C/6 horas por 10 días.



- Analgésico v. O. C/8 horas por razón necesaria.
- Medidas generales:
- Baño diario y cambio de ropa.
- Deambulaci3n diaria.
- Dieta normal.
- Cuidado y lubricaci3n de la piel.
- Vigilancia de secreciones vaginales.
- Orientaci3n sobre planificaci3n familiar y paternidad responsable.

### **Fundamentaci3n del auto cuidado:**

Auto cuidado y funcionamiento, desarrollo humano para continuar la vida y mantener su desarrollo. Se deben continuar las aportaciones de materiales y provisiones para el funcionamiento de condiciones que apoyen la vida, el funcionamiento f3sico y ps3quico y los procesos de desarrollo, las aportaciones deben ser continuas y deliberadas.

Cuando el consumo de materiales requeridos es realizado por ellos mismos, es denominado o referido como auto cuidado.

### **Una teor3a del auto cuidado:**

El auto cuidado es la acci3n que yo ejecuto, para el mismo, para mi propio bien, para mi vida, salud y bienestar.

La teor3a del auto cuidado es explicativa porque propone las relaciones entre acciones del auto cuidado y la continuidad de la vida y el funcionamiento y desarrollo humano.

**Auto cuidado y vida diaria:**

El auto cuidado es uno de los muchos resultados en la búsqueda de esfuerzos en la vida de los individuos hay dos frecuentemente reconocidas, esfuerzos muy personales que afectan la ejecución de todos los otros intentos.

Estos son auto valorados y auto administrados.

Para prever auto cuidados los individuos deben tener poder y las capacidades para hacerlo, este poder denominado agencia de auto cuidados.

**Diagnóstico de egreso:**

Puerperio fisiológico.

## 4 CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería es la resolución científica de problemas dirigido a los cuidados de enfermería, utiliza diferentes etapas para llevar a cabo una atención de calidad, así mismo presenta algunas condiciones sobre el método de solución de problemas, mismo que permite la capacidad de discusión en las prácticas profesionales de enfermería.

La valoración es la recopilación de datos en forma directa e indirecta, para identificar las necesidades y definir los problemas del paciente. La recolección y selección de datos puede ser; indirecta, la familia, la comunidad, el equipo de salud.

Directos: con el paciente documentar, bases conceptuales de salud enfermedad por medio de observación, comunicación, entrevista, cédula que permite elaborar la historia clínica de enfermería para identificar necesidades y problemas.

El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico sobre la respuesta a procesos vitales, los problemas reales, potenciales y posibles que se llevan a cabo por medio del formato PES o el formato NANDA, que determina la priorización de necesidades y problemas estableciendo los resultados esperados y para planear la intervención y reajustando la atención de enfermería.

Para la planeación, el diagnóstico de enfermería es la base donde demuestra los problemas reales y potenciales.

La priorización de necesidades para establecer los resultados esperados con objetivos y metas a corto y largo plazo poniendo estrategias de las intervenciones, de enfermería con la participación de la paciente y la familia, con un plan de auto

instrucción con informes de resultados y notas de enfermería, mostrando los créditos de atención, las condiciones del paciente y la valoración por turno.

Ejecución es la aplicación de los cuidados de enfermería con base a las necesidades del paciente, físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas, rehabilitación, participando la enfermera, el paciente y la familia, para el auto cuidado, quienes harán ajustes necesarios para los objetivos.

La evaluación es el mecanismo de retroalimentación que juzga la calidad de la atención de enfermería, es la apreciación de los resultados obtenidos, en relación a los esperados. Qué problemas fueron resueltos y cuáles requieren revaloración y replaneación, es la fase final del proceso esto es cíclico y continuo.

Respecto a la metodología se utilizaron os instrumentos de la valoración: como la entrevista, historia clínica, el diagnóstico de enfermería y el resumen clínico.

La importancia de la valoración se dio en forma practica a través de la entrevista y la elaboración de la historia clínica, elementos que conducen a la identificación de necesidades o problemas del individuo, familia o comunidad.

Se integran los elementos para elaboración del diagnóstico de enfermería tomando como referencia el formato PES y los diagnósticos de enfermería de la NANDA, los diagnósticos elaborados son de tres enunciados.

Una vez que se realizó la manera general del proceso de enfermería presentando a través de un caso clínico lo cual permitió en primer lugar un acercamiento a las fases que conforman el proceso, así como la relación y la importancia que tiene el proceso de investigación y método científico en la valoración al individuo sano o enfermo.

Se realizó la valoración a la paciente en la unidad hospitalaria, recabando los elementos en la recolección y selección de datos en forma directa por medio de la entrevista y el examen de enfermería, la historia clínica e identificando las necesidades.

Una vez identificados y determinados los problemas a través del diagnóstico de enfermería. En la siguiente fase se sistematizaron las estrategias en la atención tomando en cuenta la priorización de necesidades, los objetivos y los resultados esperados, por lo que se elaboró un plan de cuidados con los puntos: diagnóstico; objetivos, intervenciones y fundamentación.

Una vez llevado a cabo el plan de cuidados o ejecución se realizó la evaluación, valorando la respuesta a las intervenciones de enfermería con base a los resultados obtenidos, es importante mencionar que esta fase se realizó por escrito como evaluación.

Concluyendo así el desarrollo del caso clínico a través de la metodología del proceso atención de enfermería.

## **GLOSARIO**

**ANESTÉSICO.** Producto que va impregnar los tejidos del organismo haciéndolos momentáneamente insensibles al dolor.

**AMNIOS.** Membrana interna del feto que forma el saco que contiene el líquido amniótico.

**ANOREXIA.** Disminución o ausencia del apetito.

**ATENCIÓN INTEGRAL.** Cuidados orientados a atender las necesidades de los diferentes aspectos del paciente biopsicosociales en los tres niveles de prevención.

**CADUCA.** Mucosa uterina hipertrofiada que se expulsa después del parto.

**CESÁREA.** Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto a través de la incisión en la pared abdominal materna y uterina.

**CERVIX.** Pertenece a la región del cuello del útero.

**COÁGULO.** Masa de líquido coagulado.

**COMUNICACIÓN.** Es el medio por el cual nuestras tendencias, sentimientos y/o deseos son captados por otros.

**COMUNIDAD.** Congregación de personas que viven unidas sujetas a ciertas reglas comunes.

**CÓLICO.** Término que empleado solo, se aplica a los dolores provocados por las enfermedades intestinales.

**COMADRONA.** Ayudante técnico sanitario que asiste a la mujer en el parto.

**CRITERIO.** Es un elemento concreto que sirve de norma o modelo.

**DIAGNÓSTICO.** Es la segunda etapa del proceso de atención de enfermera, durante el cual se analizan los datos de valoración.

**DIASTÓLICO.** Periodo de relajación del ciclo cardiaco.

**DIAFORESIS.** Transpiración exagerada.

**DECÚBITO.** Oposición del cuerpo acostado horizontalmente.

**DIETA.** Empleo racional y metabólico del alimento.

**DILATACIÓN.** Alargamiento, ensanchamiento, aumento de la extensión normal de un órgano o cavidad.

**DOCENTE.** Que enseña, perteneciente o relativo a la enseñanza formal.

**EDEMA.** Infiltración del tejido celular subcutáneo y del tejido celular por lacerosidad.

**EJECUCIÓN.** Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, que supone la puesta en práctica del plan de cuidados.

**ENFERMEDAD.** Se refiere a lesiones producidas en el organismo por alguna patología.

**EMBARAZO.** Estado funcional particular en que se encuentra la mujer mientras se desarrolla en ella un nuevo ser.

**EMBRIÓN.** Desarrollo de la célula fecundada durante los primeros meses de vida en el útero.

**ENCAJAMIENTO.** Posición que toma la parte del feto que se presenta en el interior de la pelvis durante la primer etapa del trabajo de parto.

**ENFERMERA.** Es una persona que ha completado un programa básico de educación en enfermería y esta calificada y autorizada en su país para proporcionar un servicio profesional responsable y competente para la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad y el cuidado del enfermo y la rehabilitación.

**ENFERMERÍA.** Ciencia de atender al individuo sano o enfermo en sus necesidades biopsicosociales básicas y adquiridas.

**EPIDEMIOLOGÍA.** Es el estudio de la distribución o presencia de una enfermedad en una población.

**ESTÁNDARES.** Modelo de normas establecidas a través de autoridad, costumbres o consenso general.

**ESTRIOL SÉRICO.** Hidrostoma, sustancia derivada de la hidratación de la estroma, que se encuentra en el suero de la embarazada.



**ESTRUCTURA.** Disposición de etapas sistemáticas y lógicas.

**ETIOLOGÍA.** Causa de enfermedad.

**EVALUACIÓN.** Quinta etapa del proceso de enfermería. Se determina si se han alcanzado los objetivos de los cuidados de enfermería, se identifican los factores que han contribuido al éxito o fracaso del plan y se establece si han de modificarse los cuidados o estos pueden darse por concluidos.

**FEBRIL.** Concerniente o relativo a la fiebre.

**FETO.** Producto de la concepción.

**FIEBRE PUERPERAL.** Aumento de la fiebre en el puerperio, a causa de una infección.

**FORCEPS.** Instrumento en forma de pinza, fácilmente articulable, que se utiliza para extraer el producto del útero.

**HOLÍSTICO.** Que concierne a todas las dimensiones del hombre y su entorno.

**HEMATURIA.** Presencia de sangre en la orina.

**HIPERTENSIÓN.** Presión arterial alta e incluye los valores sistólicos, cambios diastólicos o ambos.

**HIPOTENSIÓN.** Presión arterial baja, (sistólica menor de 110 mm/hg, diastólica menor de 70 mm/hg).

**INDICADORES.** Son criterios establecidos que sirven de referencia para enjuiciar.

**INFILTRACIÓN.** Penetración de un líquido o de un gas en las mallas de un tejido orgánico.

**INTEGRIDAD.** Consiste en la obtención y articulación de los elementos naturales y humanos para el funcionamiento adecuado de un organismo social.

**INVESTIGACIÓN.** La búsqueda sistemática de nuevos conocimientos mediante el método científico o experimental.

**LÍQUIDO AMNIÓTICO.** Líquido en el cual se encuentra el feto contenido en las membranas amnióticas.

**LOQUIOS.** Flujo uterino durante las primeras semanas después del parto.

**MARCO DE REFERENCIA.** Amplitud con que concebimos algo. Los conocimientos y referencias en cualquier área.

**MECANISMO DE DEFENSA.** Mecanismo mental inconsciente que utiliza la persona para disminuir su ansiedad, cuando percibe alguna amenaza para su integridad.

**MÉTODO.** Consiste en la forma de efectuar una labor determinada.

**Mm/gh.** Milímetros de mercurio.

**NÁUSEAS.**

Trastorno del tubo digestivo caracterizado por ganas de vomitar.

**NECESIDAD.** Elementos imprescindibles para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.

**NOCIVO.** Malo para el organismo.

**OBJETIVO.** Meta o fin determinado. Cambio que quiere lograr.

**OBJETIVO DE ENFERMERÍA.** Exposición de lo que la enfermera planifica para ayudar al paciente a alcanzar una evolución esperada o lograr sus propios objetivos personales.

**PARTO.** Acto que consiste en la salida del feto de término por vía natural.

**PLANEACIÓN.** La determinación del curso concreto de acción que habrá de seguirse.

## ANEXOS

### DESCRIPCIÓN DE PADECIMIENTOS

#### **Oligo amnios.**

Es una disminución del líquido amniótico. Sus causas son desconocidas, se cree que puede deberse a insuficiencia de orina del feto, a disminución de la secreción del epitelio amniótico, a exceso de deglución de líquido por el feto. La ruptura prematura del amnios sin ruptura del corion, puede explicar el oligo amnios: el cordón que no es impermeable, deja trasudar el líquido, que de esta manera pasa ya sea al exterior hacia la caduca, donde se absorbe. En este caso puede haber bridas amnióticas, adherencias entre el amnios y el feto.

Las bridas pueden dar lugar a malformaciones diversas, como amputaciones congénitas, sin un miembro inferior etc. No presenta cuadro clínico definido; el feto no se desaloja, no pelotea; el volumen del útero es menor del que corresponde a la época del embarazo, y los movimientos fetales causan dolor y el parto es lento.

## **AMNIOGRAFÍA**

Este procedimiento consiste en la inyección de una sustancia opaca en el amnios, que permite observar la ubicación fetal, en placenta y ver el cordón umbilical.

Se introduce el material hidrosoluble y radiopaco en el saco amniótico, se mezcla con el líquido, es ingerido por el feto y delinea el intestino fetal.

El medio liposoluble de contraste es absorbido por el unto sebáceo y aparece en el contorno exterior del feto.

### **Técnicas de inducción del trabajo de parto.**

En el momento actual, las técnicas de inducción del parto están basadas en la administración de oxitocina o de prostaglandinas y la práctica de amniotomía acompañada o no de la administración de estos fármacos.

#### **Amniotomía sola.**

Sobre la base de la observación de que de 80 a 90% de las pacientes con rotura prematura de las membranas (RPM) inician el parto espontáneamente entre las 24 y las 48 horas subsiguientes, algunos autores propusieron esta técnica como método de inducción. Con este método, en pacientes a término, se puede obtener respuesta en el 70-80% de los casos como máximo. La tasa de fallo se eleva tanto mas cuanto menor es la edad gestacional y sus riesgos son grandes (prolapso de cordón en las presentaciones anormales, infección ovular si se dilata el tiempo de la latencia, etc.).

### **Administración de oxitocina sola.**

La oxitocina es la hormona específicamente estimulante de la fibra muscular lisa del útero. Tiene la ventaja de que, cuando el útero responde, las contracciones conservan sus características fisiológicas y la sobredehidratación es rápidamente eliminada por la oxitocinasa cuando se suspende la administración. Se puede asociar el desprendimiento del polo inferior del huevo (maniobra de Hamilton) cuando esta es factible, lo que aumenta la eficacia de la técnica, pero conservando las membranas íntegras, lo cual permite, si fracasa la inducción, repetir otro intento a las 24 o 48 horas (técnica de la doble inducción).

### **Oxitocina más amniotomía.**

Conocido como (método de Cardiff), asocia la amniotomía artificial a la administración intravenosa de oxitocina. Esto último, se realiza mediante una (bomba de perfusión) de las que existen varios tipos en el mercado, que permiten la administración progresiva de oxitocina a dosis muy exactas y controlables partiendo de 1 mu/min. Paulatinamente cada, 15 o 20 minutos se va doblando la dosis. Aunque según Howie (1977), no hay dosis límite establecida, la gran mayoría de las pacientes responden con cifras de 32 mu/min o menos. Una vez conseguida la iniciación de la dinámica y cuando el cuello alcanza 4 o 5cm de dilatación, la dosis de oxitocina puede ser reducida hasta 7 mu/min sin perder eficacia. Es obvio decir que, sea cual fuere el método empleado, la paciente y el feto deben estar estrictamente vigilados bajo monitorización durante la inducción.

Nosotros recomendamos iniciar la inducción temprano en una unidad preparada al efecto, con el fin de que transcurridas 6-8 horas se pueda determinar si el método está dando el resultado apetecido o reconsiderar el caso y la conducta sin precipitación y en el mejor momento.

## **Inducción con prostaglandinas.**

Los primeros trabajos sobre el efecto oxiótico de las prostaglandinas y su utilidad para inducir el parto fueron publicados por Carim y Cols. (1968) y Embrey (1969), utilizando la  $pgf_2$  y  $pgf_2$ . Desde entonces se han publicado cientos de trabajos en la literatura corroborando esto y proponiendo distintas vías y pautas de administración (intramuscular, intraamniótica, oral, intranasal, etc.), con el fin de obviar los efectos colaterales y obtener una dinámica más fisiológica.

Sobre la base fisiológica de que las prostaglandinas son hormonas de acción fundamentalmente local. La mayor parte de los investigadores se inclinan por su aplicación intravaginal e intracervical. Aunque en este tipo de aplicación se pueden usar ambas, parece que el gel de  $pge_2$  es más eficaz en la maduración del cuello cuando el test de Bishop de preinducción es muy desfavorable.

En general, parece, tanto por vía local como general (oral sobre todo), que la  $pge_2$  es más efectiva en la introducción del parto con el cuello inmaduro. La asociación de ambas vías, realizando una aplicación del gel intracervical previa (12 horas antes) o asociando este a la oxitocina, eleva la tasa de éxitos. La emulsión del gel-prostaglandina es necesario prepararla inmediatamente antes de su colocación, dada la inestabilidad del fármaco, se mezclan 0.5 miligramos de  $pge_2$  en tres mililitros de gel, que se aplica mediante una sonda rellenando el canal cervical.

El objetivo fundamental de esta técnica no es desencadenar el parto aunque en algunos casos ocurre, si no realizar la madurez cervical y facilitar la introducción posterior con oxitocina, lo que permite una tasa mayor de éxitos sin que se reproduzcan efectos colaterales y reducido a dosis de oxitocina.

### **Éxito de la inducción**

Se considera que la inducción es eficaz cuando en el curso de las 12 horas siguientes a la utilización de la técnica elegida, se obtiene una actividad uterina eficaz y se produce el parto. En este sentido, el método de Cardiff, según distintos trabajos alcanza el 98% de éxitos en el embarazo a término (mas de 37 semanas), pero su eficacia es menor en cuellos inmaduros. En estos casos, la inducción, previa maduración del cérvix con pge2, arroja en la literatura un 85% de éxitos.

En cualquier caso, en los úteros inmaduros, en los que es necesario interrumpir la gestación actualmente se acepta como mas eficaz las administración de prostaglandina (PGE2 sobre todo) por vía local, oral o combinada.

### **Indicaciones**

A medida que hemos ido conociendo mejor las relaciones fetomaternas en el embarazo, normal y patológico, y hemos aprendido a detectar precozmente el peligro fetal intra útero, han ido modificándose con indicaciones de la inducción del parto. Con los riesgos que toda sistematización implica en medicina, podríamos resumir las indicaciones de la inducción del parto en las siguientes.

### **Inducción del parto pretermino. (Antes de la 37 semana)**

1. Diabetes con repercusión fetal mal compensada.
2. Preclampsia grave rebelde al tratamiento.
3. Retrazo de crecimiento intrauterino demostrado.
4. Rotura prematura de las membranas.
5. Isoinmunizacion Rh.
6. Malformación fetal grave.
- 7.- Feto muerto.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro, Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. 3ª edición. Editorial Mosby-Doyma, Madrid, 1996.
2. B.C. Long/W. S. Phipp. Enfermería Médico Quirúrgica. 2ª edición, editorial Mc. Graw Hill, Interamericana, 1993.
3. Carpenito, Linda. Diagnóstico de Enfermería, Aplicación a la Práctica Clínica. Editorial Interamericana, 1983.
4. Diagnóstico enfermeros de la NANDA Definiciones y clasificación 1995 – 1996 Mosby/Doyma Libros.
5. Diagnósticos de Enfermería Kim-Me Farland-Mc Lane.
6. Diccionario Médico. 3ª edición, Massori-Salvat Medicina.
7. Enciclopedia de la Enfermera. Volumen 1.
8. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Sistema de Universidad Abierta. Antología Obstétrica 11, 1997.
9. Embrey, M. P. The Effect of Prostaglandins on Human. Br. J. Obstet. Gynaecol., 76, 783.
10. Fernández Ferrín Carmen. El Modelo de Henderson Y El Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Masson-Salvat, Barcelona, España 1995.

11. Gauntlett, Patricia y Myers Judith. Enfermería Médico Quirúrgica. Volumen 1, 2ª edición. Adaptación Susana Salas y María Teresa Alzaga. Editorial Mosby/Doyma, Libros, Madrid, España.
12. Griffith, Janet. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías y Modelos. Editorial El Manual Moderno, México D.F., 1993.
13. García, Ma. de Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso S. A., 1997.
14. González, Merlo. Obstetricia. 4ª. Edición, Masson-Salvat, España,.
15. IFI, Kamimetzky. Obstetricia y Perinatología, Principios y Práctica. Editorial Panamericana, junio 1992.
16. Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. 5ª. Edición, vol. 1, editorial Interamericana, México.
17. Kim, Mc Ferland, Mc Lane Mija Kim, RN, Pid, Faan. 4a edición Interamericana.
18. M. Nettina, Sandra. Enfermería Práctica de Lippincott. 6ª edición, vol. II.
19. Marciel, Manfred. Asesoría Regional para Educación en Enfermería de la O.P.S., Washington, D.C. U.S.A. Revista Enfermería IMSS, 1997. 7ª. Edición.
20. Marrier, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, Editorial Rol S.A., Barcelona, España, 1989.
21. Mondragón Castro, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Editorial Trillas. 4ª edición, México, 1991.

22. Murria, Mary Ellen,. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª. Edición. Editorial Interamericana, México, 1996.
23. Norman Beischer. Mackay. Obstetricia Práctica con Cuidados del Recién Nacido. 1ª edición, 1978. Interamericana.
24. Orem E., Dorotea. El Mundo de la Enfermería. Traducción de Laura Moran Peña.
25. P.W. Iyer, B. J. Taptich, Dibernochl. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Lasey. Interamericana., pág. 121 a 155.
26. Rábago, José Manuel. Manual de Obstetricia. 4ª edición.
27. Riopelle, L. Cuidados de Enfermería, un Proceso Centrado en las necesidades de la Persona. Editorial Interamericana, 2ª edición, vol. 1.
28. Sarlet Gerken, Anne María. La Experiencia Europea en la Práctica de Partería. Departamento de Enfermería Universitaria de Murcia, España.
29. UNAM-ENEO. Examen Clínico. Historia de Enfermería.
30. Williams, Cunningham. Obstetricia, 2a edición. Editorial Panamericana.