



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PACIENTE CON AMENAZA
DE PARTO PREMATURO Y PÉRDIDA
GESTACIONAL RECURRENTE**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

**LIGIA BEATRIZ CARDEÑA ORTIZ
Núm. Cta. 403115013**

**DIRECTOR ACADEMICO
LIC. ENF. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**



Mérida, Yucatán 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A DIOS:

Por iluminar y acompañar mí camino
Por darme fortaleza, amor y fe
Por proporcionarme una familia y cuidar de ella
Por ayudarme en los momentos más difíciles.

A MIS PADRES:

Por todo su amor incondicional
Que guiaron mis pasos a ejercer esta
Hermosa profesión.

A MIS HIJOS

Por comprenderme y darme su apoyo
Durante mi carrera.

A MI ESPOSO:

Gracias por comprenderme y estar ahí
En los momentos que te necesite.

AL MAESTRO FEDERICO

Le agradezco su generosidad, al asesorar mi trabajo dedicándole tiempo y esfuerzo, haciendo posible que lograra mi meta.

INDICE

Introducción	3
Justificación	4
Objetivos	5
Metodología	6
Capitulo 1 Marco teórico	8
1.1 Conceptos de Enfermería	8
1.2 Teorías de Enfermería	10
1.2.1 Definiciones de Enfermería según importantes Teóricas.	11
1.3 Conceptos básicos de Virginia Henderson	14
1.4 El Proceso Atención de Enfermería y sus etapas.	16
1.4.1 Valoración.	18
1.4.2 Diagnóstico de Enfermería.	20
1.4.3 Planeación.	21
1.4.4 Ejecución.	22
1.4.5 Evaluación.	23
1.5 Ventajas del Proceso de Enfermería	23
1.6 Parto prematuro	24
1.6.1 Concepto.	24
1.6.2 Diagnóstico	25
1.6.3 Tratamiento del parto prematuro.	26
1.6.4 Trastornos relacionados con la amenaza de Parto prematuro.	31
Capitulo 2. Aplicación del proceso atención de Enfermería.	34
2.1 Presentación del caso.	34
2.2 Valoración de Enfermería	34
2.3 Diagnóstico de Enfermería	41
• Jerarquización de Diagnóstico	
• Plan de atención	
Conclusiones	50
Sugerencias	51
Bibliografía	52
Anexos	54

INTRODUCCION

Enfermería es una profesión que ha experimentado cambios importantes en su formación, asociados al acelerado avance tecnológico de los servicios de salud del país. Hoy día se constituye en un factor imprescindible para el mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad, en las diferentes etapas de la vida en el proceso salud–enfermedad, por su participación como integrante del equipo interdisciplinario de salud.

Los conocimientos que se adquieren durante la formación académica profesional de enfermería proporcionan las herramientas adecuadas para elaborar Procesos de Atención de Enfermería como en este caso.

En el presente trabajo se aplicó el Proceso de Enfermería a una paciente con amenaza de parto prematuro.

Se describen los objetivos general y específico donde se contempla la magnitud de lo que se quiere alcanzar, así como la metodología, el marco teórico, y el proceso de valoración diagnóstica de Enfermería, así como el plan de acción para llevar a la práctica clínica, se dan a conocer las evaluaciones, conclusiones, sugerencias y recomendaciones; al final se presentan las referencias bibliográficas.

JUSTIFICACIÓN

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, implica un enfoque deliberativo para la resolución de problemas, ya que exige habilidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales y que va dirigido a cubrir las necesidades del paciente. Por medio del proceso enfermero, se busca brindar una atención de calidad, ya que el trabajar con esta metodología requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento, todo ello hace que al aplicar el proceso enfermero, el paciente reciba una atención específica y cuidadosamente elaborada para ella y por lo tanto facilita su cuidado integral, su recuperación, y un acercamiento al profesional de Enfermería, y crea confianza/empatía necesaria para que la relación de ambos conlleven a una exitosa recuperación.

Hoy en día el profesional de Enfermería esta conciente que el proceso enfermero es útil para proporcionar cuidado personalizado al paciente.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Aplicar un Proceso Atención de Enfermería a una paciente con amenaza de parto prematuro, para brindar cuidados de Enfermería específicos dando orientación y solución a los problemas detectados.

Objetivo Especifico:

- 1- Elaborar un plan de cuidados de Enfermería acorde a los diagnósticos de Enfermería y problemas encontrados.
- 2- Aplicar los conocimientos adquiridos, ampliando la visión de ellos mismos, mediante la aplicación del proceso.
- 3- Colaborar en el autocuidado del paciente y que este se integre a su entorno.
- 4- Ampliar el campo de acción de Enfermería demostrando que no se limita solo a prescripción médica.

METODOLOGIA

El presente Proceso Atención de Enfermería fue encaminado a la atención de una paciente con amenaza de parto prematuro y con un embarazo de 27 semanas de gestación.

- 1- Se seleccionó a la paciente en el servicio de valoración de tococirugía.
- 2- Se realizó revisión, selección y análisis de bibliografía referente a amenaza de parto prematuro.
- 3- Elaboración de un diseño del Proceso Atención de Enfermería, que incluye todos los elementos necesarios para proporcionar atención de Enfermería técnica y científica.
- 4- **Valoración:** En esta etapa se tomó en cuenta tanto al paciente como a la familia, en busca de obtención de información relacionada con el paciente y familia, se realizó la historia clínica, que conlleva entrevista, exploración física y resultados de laboratorio con el fin de identificar necesidades y problemas.
- 5- **Diagnóstico:** En esta segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración, se analiza toda la información recabada, siguiendo el proceso de Enfermería, por lo tanto aplicando un razonamiento diagnóstico y jerarquizando necesidades.
- 6- **Planeación:** en esta etapa que inicia después de formulado el diagnóstico, se planean todas las acciones de Enfermería diseñadas para el paciente y se jerarquiza la problemática del paciente, también se determinan los objetivos y planeación de las intervenciones de Enfermería.
- 7- **Ejecución:** Se realizan todas las actividades planteadas de acuerdo a los problemas detectados.
- 8- **Evaluación:** En esta etapa se observan los logros y la eficiencia de las intervenciones de Enfermería además de la evaluación del logro de los objetivos.

9- **Elaboración de conclusiones**, sugerencias, referencias bibliográficas, glosario de términos y anexos, el cual incluirá el formato utilizado en la realización de la valoración diagnóstica de Enfermería.

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1 Conceptos de Enfermería.

A través de la historia, la Enfermería a evolucionado y seguirá haciéndolo para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población, por lo tanto en nuestra disciplina es necesario estar a la vanguardia y progresar de manera continua.¹

Florence Nightingale decía que para quienes estamos dedicados a la Enfermería, nuestra profesión es algo en lo que si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos retrocediendo.²

En nuestro país, la Enfermería como profesión dentro de la universidad no es reciente (1907) y nos ha dado una magnífica oportunidad de continuar con el crecimiento profesional, lo cual es indispensable ya que actualmente es necesaria la participación de Enfermería en los sistemas locales de salud, esto nos da una maravillosa oportunidad de demostrar nuestro potencial.

Se tiene conciencia que la Enfermería desarrollo funciones y actividades que le son no solo propias, sino también exclusivas, que son complementarias pero específicas y que se integran con otras disciplinas, en la selección de problemas de salud, pero con identidad propia, a tenido que superar la dependencia y fundamentarse en principios de otras disciplinas, apoyándose en su desarrollo científico, y como disciplina a creado condiciones para su desarrollo, sin embargo a pesar de su larga historia como práctica y de conocimientos acumulados, Enfermería no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible, entre otras razones por las cambiantes situaciones en la que históricamente se tiene

¹ Frenk Mora Julio, et al. Perfiles de Enfermería. Pág. 33.

² Espinosa Olivares Artemisa y Rodríguez Jiménez Sofía. Florence Nightingale, La Información en Enfermería: pasado y presente. Pág. 226.

que desenvolver su practica y la similitud con otras disciplinas que gozan de superior status.³

La función primordial que debe realizar la enfermera con los elementos con que cuenta en la actualidad para adquirir no el status disciplinar, sino la conciencia de poseerlo y serlo.

Recordemos que la primera definición de Enfermería fue dada por Florence Nightingale como *“la encargada de la salud personal de alguien... y lo que Enfermería tenia que hacer... es poner a la paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actué sobre el”*.⁴

A muchas enfermeras se les dificulta articular una definición claramente de lo que es este cuidado que la enfermera define como una ciencia y un arte y que es la Enfermería profesional.

Enfermería: Es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.⁵

Persona: Es definida como uno o más seres humanos pero representa un todo único complejo, definido por la interrelación entre aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.⁶

Entorno: Comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y el medio externo compuesto por el conjunto del universo de que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los

³ Rubio Domínguez Severino. "Hacia la Construcción de una Disciplina Enfermera". págs. 103-104

⁴ W, Iyer Patricia, Taptich Barbara, Dr. Bernocchi Losey, *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. 3ª. Edición Año 1995. P 2

⁵ Cárdenas J. Margarita *"Conceptualización de Enfermería"*. México ENEO-UNAM 1995.

⁶ Cárdenas J. Margarita *"Conceptualización de Enfermería"*. México ENEO-UNAM 1995.

que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir cualquier factor que tenga influencia con su estilo de vida.⁷

Salud: Completo bienestar biológico, psicológico y social, los factores de estilo de vida son agentes causales de salud–enfermedad. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, la cual esta determinada por el potencial de vida, al estilo de vida, la calidad de vida y el significado de vida de la persona.⁸

1.2 Teorías de Enfermería.

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, predicción y control de los fenómenos

- Facilita a los profesionales autonomía de acción.
- Ayuda a desarrollar las habilidades analíticas.
- Estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican y determinan los objetivos de la práctica, la educación y la investigación de Enfermería.

Estructura Teórica:

Criterios

Componentes
estructurales

Unidad de Análisis

- Supuestos
- Conceptos
- Definiciones o Postulado

Criterios

Componentes
funcionales

Unidad de Análisis

- Enfoque
- Cliente
- Cuidado
- Salud

⁷ *Ibidem.* ;

⁸ *Ibidem.* ;

- Interacciones enfermera-cliente
- Contexto o ambiente
- Problemas de Enfermería
- Terapéutica de Enfermería

1.2.1 Definiciones de Enfermería según importantes teóricas.

TEORICO	MODELO	DEFINICION DE ENFERMERÍA
Virginia	Necesidades	Ayudar al individuo, enfermo o sano a
Henderson	Básicas	realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y podría llevar a cabo sin ayuda, si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. ⁹
Myra Levine	Conservación	La interacción humana cuyo objetivo, es promover la integración de todas las personas, enfermas o sanas. ¹⁰
Dorothy Johnson	Sistema Conductual	Una fuerza regulada externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del cliente, a un nivel optimo, en aquellas ocasiones, en las que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que existe una enfermedad. ¹¹
TEORICO	MODELO	DEFINICION DE ENFERMERÍA
Martha Rogers	Seres Humanos	Una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a los que

⁹ W. Iyer Patricia, J. Taptich Bárbara, Bernocchi Losey. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Pág. 3.

¹⁰ W. Iyer Patricia, J. Taptich Bárbara, Bernocchi Losey. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Pág. 3.

¹¹ Ibidem. ;

	Unitarios	se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimiento al servicio del ser humano. ¹²
Dorotea Orem	Autocuidado	Una preocupación especial por las necesidades del individuo para las actividades del autocuidado, y su prestación y tratamiento de forma continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse a sus efectos. ¹³
Imogene King	Sistema de Interacción	Un proceso de acción, reacción e interacción, por el cual el cliente y profesional de Enfermería comparten información sobre sus percepciones de la situación incluye la promoción de la salud, el mantenimiento y establecimiento de la salud, el cuidado del enfermo y del lesionado y la atención al moribundo. ¹⁴
Betty Newman	Sistemas	Se ocupa de mantener estable el sistema del cliente, mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales y de ayudar a los ajustes de clientes necesarios para un nivel óptimo de bienestar. ¹⁵
Sister Roy	Callista Adaptación	Un sistema de conocimiento teórico que prescribe un proceso de análisis y

¹² W. Iyer Patricia, J. Taptich Bárbara, Bernocchi Losey. [Proceso y Diagnostico de Enfermería](#). Pág. 3

¹³ Ibidem. ;

¹⁴ W. Iyer Patricia, J. Taptich Bárbara, Bernocchi Losey. [Proceso y Diagnostico de Enfermería](#). Pág. 3.

¹⁵ W. Iyer Patricia, J. Taptich Bárbara, Bernocchi Losey. [Proceso y Diagnostico de Enfermería](#). Pág. 3

acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma, es necesario cuando el estrés no habitual o el debilitamiento de los mecanismos de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.¹⁶

¹⁶ Ibidem. ;

1.3 Conceptos básicos de Virginia Henderson.

Virginia Henderson vivió en una época donde la teoría de Enfermería no era motivo de especulación, por lo tanto no fue su propósito elaborarla de alguna manera.

Su trabajo fue la preocupación que causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras, que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

Le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la información de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones.

Según Henderson, la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades, que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.¹⁷

A continuación se muestran cuales son los postulados y valores en que se apoya esta organización conceptual.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta “completo”, “entero”, “independiente”.

¹⁷ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.html>

Valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson:

Valores:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Necesidad fundamental:

El marco fundamental de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales, esta es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservar física y mentalmente.¹⁸

De acuerdo con la definición de la función propia de la Enfermería, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas:

- 1- Necesidad de oxigenación.
- 2- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3- Necesidad de eliminación.
- 4- Necesidad de moverse y mantener buena postura (y una circulación adecuada)
- 5- Necesidad de descanso y sueño (y conservar un estado de bienestar aceptable)
- 6- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7- Necesidad de termorregulación.
- 8- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9- Necesidad de evitar peligros (y mantener la integridad física y mental)

18 Marriner T. Ann. Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería, P 15

- 10- Necesidad de comunicarse (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
- 11- Necesidad de vivir según su creencia y valores.
- 12- Necesidad de trabajar y realizarse (y conservar su propia estima)
- 13- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
- 14- Necesidad de aprendizaje.

Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona.

Virginia Henderson, desde su filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales.

En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener el estado óptimo, la propia salud.

1.4. El Proceso Atención de Enfermería y sus Etapas.

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto, por el sinnúmero de factores que caracterizan la formación y practica de la Enfermería mexicana y que lo ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países, sin embargo, esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad, empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.¹⁹

Con la aplicación del proceso delimita el campo de acción específico de la Enfermería y con ello se demuestra que le enfermera profesional realice

¹⁹ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso de Enfermería. P 23

numerosas acciones que van mas allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.²⁰

El proceso atención de Enfermería:

Es un método sistematizado, por el cual el profesional de Enfermería, utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente en los problemas reales o potenciales de salud.²¹

El objetivo principal del proceso enfermero es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, familia y comunidad.²²

Características del proceso enfermero:

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen un orden lógico (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), es humanista por considerar al hombre un ser holístico (total e integrado) es intencionado porque se centra en el logro de objetivos y permite guiar las acciones.

Es dinámico esta sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.²³

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de Enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de Enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humana con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.²⁴

²⁰ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso de Enfermería. P 23

²¹ Ibidem. ;

²² Ibidem. ; P 22

²³ W. Iyer Patricia, J. Taptich Bárbara. Op cit.; P 11,

Fases del Proceso de Enfermería:

Este organizado en cinco fases identificables, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

- 1- Valoración
- 2- Diagnóstico
- 3- Planeación
- 4- Ejecución
- 5- Evaluación

1.4.1 Valoración.

Es la primera fase del Proceso de Enfermería en el cual se incluye la obtención y confirmación relacionada con el cliente.

Los métodos utilizando para la valoración son la observación, entrevista, historia general y examen físico.

- a) *Observación*: Capacidad intelectual de captar frase de los sentidos, los detalles del mundo exterior.²⁵

La observación es una técnica consciente y deliberada que se desarrolla solamente a través del esfuerzo de un enfoque organizado. Algunos datos se recogen a través de los sentidos. Sin embargo, las enfermeras utilizan preferentemente la vista aunque todos están involucrados el oído, tacto y olfato.²⁶

²⁴ Rodríguez S. Bertha A. Op.cit.; P 23.

²⁵ Atkinson Murray Mary Ellen. Proceso de Atención de Enfermería. P 35.

²⁶ Murray Mary Ellen. Op.cit.; P 35.

- b) Entrevista técnica que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencional.²⁷
- c) *Historia clínica*: es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista que la enfermera pueda emplear para obtener datos importantes acerca del paciente.

Por medio de la entrevista, permite a la enfermera establecer una relación con el paciente y su entorno, a fin de obtener datos más significativos de su padecimiento, su estado psicológico y social para definir los problemas prioritarios.²⁸

Examen Físico: El Examen incluye aspectos físicos y psicológicos, la enfermera lo lleva a cabo para recoger datos sobre el estado del paciente. Puede centrarse en un aspecto general, considerando al individuo como un todo, el objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas y psicológicas. En contrario como el médico que lo orienta hacia la enfermedad.

Para la realización del examen físico se utilizaran las siguientes técnicas:

Inspección: Se inicia el primer encuentro del paciente. Es una observación organizada de la conducta y cuerpo del paciente.

Palpación: Incluye el tacto de la región o parte del cuerpo que se observa y anota como se sienten las diversas estructuras.

Percusión: Se realiza golpeando suavemente con las yemas de los dedos sobre las falanges de la otra mano del explorador sobre el cuerpo del paciente. Determinando los tejidos subyacentes en movimiento.²⁹

Y la percusión ayuda a establecer si están llenos de aire o si son sólidos.

²⁷ Balseiro A. Lasty. *Investigación en Enfermería*. Ed. Prado. P 113.

²⁸ Balseiro A. Lasty. *Op cit.*, P 113

²⁹ W. Iyer Patricia. *Op cit.*, P 63

Auscultación: Es el método en que se utiliza un estetoscopio para aumentar la audición. Escuchar los sonidos interiores del cuerpo.

1.4.2 Diagnóstico de Enfermería.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “Función intelectual compleja” al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio.³⁰

Se identifican los diagnósticos de Enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases.

Se diseña un plan de cuidados basados en el diagnóstico de Enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de Enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.³¹

Es un juicio clínico donde la respuesta de una persona, familia comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.³²

El diagnóstico es un proceso de análisis y síntesis. El análisis es la separación en componentes, es decir la fragmentación del todo en sus partes.

El diagnóstico de Enfermería se relaciona con las actividades independientes de la enfermera, aquellas áreas de cuidado de salud que le pertenecen y que son diferentes a las competencias del médico.³³

Existen tres tipos de diagnóstico de Enfermería: Reales, de alto riesgo y bienestar.

³⁰ Rodríguez Sánchez Berta A. Op cit.; P 47.

³¹ Rodríguez Sánchez Berta A. Op cit.; P 47.

³² Rodríguez Sánchez Berta A. Op cit.; pp. 51 y 47

³³ W. Yier P. Taptich-D Bernocchi. Op cit.; p 95.

- 1- *Diagnostico de Enfermería Real*: Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a un proceso vital.
- 2- *Diagnostico de Enfermería de alto riesgo*: Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar, un problema, que otras personas en una situación igual o similar.
- 3- *Diagnostico de Enfermería de Bienestar*: Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar, a un nivel mas alto de bienestar.

1.4.3 Planeación.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas independientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.”³⁴

Pasos de la Planeación:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos
- Determinar, acciones de Enfermería
- Documentar el plan de cuidados.

Prioridades: Posterior a la valoración y etapa de diagnósticos, se concluye con un numero determinado de diagnósticos enfermeros y problemas independientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en las cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, porque representa una amenaza para la vida del usuario.³⁵

³⁴ Rodríguez Bertha Alicia. Op cit.: P 67.

³⁵ Rodríguez Bertha Alicia. Op cit.: P 67.

Objetivos: Son una parte indispensable dentro de la etapa d planeación ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados y dirigen las acciones de Enfermería.

Determinar acciones de Enfermería. Las intervenciones de Enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnostico enfermero o en el problema independiente.³⁶

Documentar plan de acción: Es el registro que la enfermera(o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato, que permite guiar las intervenciones de Enfermería y registrar resultados alcanzados.³⁷

1.4.4 Ejecución.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocado al inicio de aquellas intervenciones de Enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.³⁸

Paso de la ejecución:

- 1- Preparación
- 2- Intervención
- 3- Documentación.

- 1- **Preparación:** Consiste en una serie de actividades cada una de las cuales exige el uso del razonamiento critico.
- 2- **Intervenciones:** El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de Enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente.

³⁶ Rodríguez Bertha Alicia. Op.cit.; Pp. 75-77

³⁷ Rodríguez Bertha Alicia. Op.cit.; Pp. 75-77

³⁸ Ibidem. ; p 84

3- **Documentación:** La ejecución de intervenciones de Enfermería debe ir seguido de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del Proceso de Enfermería.³⁹

1.4.5 Evaluación.

Es la fase final del Proceso de Enfermería se produce siempre que el profesional de Enfermería interacciona con el cliente.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del Proceso de Enfermería, cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional de Enfermería. Como objetivo de esta actividad se determina si el plan de cuidados es adecuado.

La evaluación es una parte compleja y sistemática del Proceso de Enfermería. En ella se revisa el diagnóstico de Enfermería, cada fase del Proceso de Enfermería está ligada a la evaluación.⁴⁰

1.5 VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Se tiene ventajas tanto para la enfermera como para el cliente.

- Calidad en el cuidado
- Continuidad en el cuidado
- Participación de los clientes en el cuidado
- Educación constante y sistemática para la Enfermería.
- Satisfacción laboral
- Crecimiento profesional
- Se alcanza modelo de Enfermería profesional.

³⁹ W. Iyer Patricia. Op cit.; Pp 224-225.

⁴⁰ W. Iyer Patricia. Op cit.; P 287.

Características del Proceso de Enfermería:

- Sistema abierto flexible.
- Es individual porque se planea para una persona, en especial para una familia o una comunidad.
- Permite la creatividad de la enfermera(o).
- Es interpersonal la participación de la enfermera(o) y del paciente.
- Es cíclica para la interrelación de sus etapas.
- Es aplicable universalmente porque se puede utilizar en cualquier institución en pacientes de las diferentes edades.

1.6 PARTO PREMATURO.

La duración media del embarazo en la especie humana es de alrededor de 280 días o 40 semanas de gestación contados desde el primer día de la última regla.

Se denomina embarazo de término, a la gestación que se halla entre la semana 38 y la semana 42 de amenorrea. De acuerdo con lo anterior una cronopatía gravídica será el parto prematuro que se presenta antes de la semana 37 o 38.⁴¹

1.6.1 Concepto de Parto Prematuro.

Es el nacimiento del producto antes de la semana 37 y cuando el feto alcanza menos de 2,500 gr. De peso al nacer y también se dice que un prematuro es un producto con una edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, que tiene un peso al nacer mayor de 500 gr, pero menor de 2,500 gr. Esta cronopatía del embarazo es especialmente importante debido a que ella se debe más de 50% de las muertes perinatales, siendo también muy importante la morbilidad que afecta al recién nacido prematuro.⁴²

⁴¹ Ramírez Alonso, Félix. Obstetricia para la Enfermera Profesional. P. 552.

⁴² Ibidem. ; P. 23

Amenaza de Parto Prematuro: Se considera como tal la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales mínimas antes de la semana 37.⁴³

1.6.2 Diagnóstico de Parto Prematuro.

No suele ser fácil y deben valorarse los siguientes parámetros:

Contracción Uterina: Se valorará su frecuencia, regularidad y sensación subjetiva de dolor en la gestante.

Hay que diferenciarlas de las contracciones que aparecen a partir de la semana 32 en el embarazo normal.⁴⁴

Estas son anárquicas en cuanto a su frecuencia, mientras que las primeras son regulares y rítmicas y provocan a la larga modificación del cervix uterino, hechos que no ocurren en las contracciones normales de la gestación.⁴⁵

Cervix Uterino: Situación en la pelvis (posterior a centrado) y grado de borramiento y de dilatación.

Expulsión del tapón mucoso.

Rotura prematura de membranas.

Antecedentes y evolución del embarazo.

También para el Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro se comprende:

- La corroboración de la edad gravídica pretérmino por amenorrea o por ultra ecosonografía,
- La presencia de contracciones uterinas irregulares en la intensidad, pero con una frecuencia mayor de seis en una hora perceptible por el obstetra.

⁴³ Ibidem. ;

⁴⁴ Esteban Altirriba, J. Licenciatura Obstetricia. P.176.

⁴⁵ Ibidem. ;

- Sintomáticamente: Cólicos semejantes a los menstruales, lumbalgias rítmicas, expulsión de moco claro o sanguinolento, sangrado genital en manchas, sensación de pesantez pélvica, cólicos intestinales con diarrea o no y modificaciones cervicales mínimas (borramiento o inicio de dilatación en el orificio interno)⁴⁶

1.6.3 Tratamiento del Parto Prematuro.

Manejo terapéutico de las pacientes con alto riesgo de trabajo de parto prematuro.

- a) Consulta semanal después de la semana 20 a 24 de gestación.
- b) Informar a la paciente de los signos y síntomas sutiles de trabajo de parto prematuro.
- c) Instruir a la paciente acerca de cómo detectar la actividad uterina silenciosa o manifiesta.
- d) Exploración quincenal justificada y bien indicada del cuello uterino, utilizando la clasificación de Bishop modificada (dilatación, borramiento consistencia), posición y altura de la presentación. Son signos de peligro, el encajamiento de la presentación, el borramiento y la dilatación cervical.
- e) Indicar a la paciente que avise la presencia de contracciones uterinas silenciosas o manifiestas en forma regular durante una hora o más, o si existen síntomas de trabajo de parto prematuro.
- f) Se debe hacer un registro cardiotocográfico externo durante 1 o 2 horas, si existe actividad uterina excesiva o cambios importantes en la clasificación de Bishop.
- g) Reposo relativo en cama que posiblemente inhiba las contracciones uterinas porque probablemente así se mejora el flujo sanguíneo útero placentario.
- h) Abstinencia Sexual: la acción oxitócica de las prostaglandinas, la gran cantidad que existe en el líquido seminal del varón y la posible absorción de estas

⁴⁶ Esteban Altirriba. Op.cit., P. 176

durante el orgasmo femenino, sugieren el peligro potencial del coito en estas pacientes.

Terapéutica en la amenaza de parto prematuro:

Cuando ya se ha establecido el diagnóstico de amenaza de parto prematuro se deben recordar los casos en que está contraindicada la inhibición de esta amenaza los cuales son:

- La ruptura de membranas con datos de infección corioamniótica:
- Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.
- Diabetes descompensada o descontrolada.
- Las nefropatías graves
- Fetos muertos o con malformaciones graves.
- Preeclampsia severa o eclampsia.
- Retardo severo de crecimiento intrauterino.
- Cardiopatía descompensada.
- Trabajo de parto avanzado (dilatación cervical de 4 cm. o más)
- Madurez pulmonar documentada.

En los fetos pequeños, pero maduros, hay que inhibir el trabajo de parto, pero también es conveniente practicar amniocentesis para determinar los índices de maduración fetal y así programar adecuadamente el momento de nacimiento.⁴⁷

Una vez descartados todos los casos anteriores y tomada la decisión de inhibir la amenaza de parto prematuro se tomarán las siguientes medidas:

- 1- Manejo intrahospitalario de la paciente.
- 2- Determinar la edad gravídica, la contractilidad uterina anormal, las modificaciones cervicales y el estado de las membranas ovulares.

⁴⁷ Ramírez Alonso Félix. Op. Cit.; P. 232

- 3- Las pacientes con contracciones uterinas irregulares, menos de seis en una hora, de poca intensidad y sin modificaciones cervicales, se mantendrán en reposo en decúbito lateral por una hora, y si el cuadro mejora podrán enviarse a su domicilio con indicaciones de reposo y abstinencia sexual. Se ha visto que con el reposo solo, mejoran el 50% de estas enfermas y por lo que se refiere a la abstinencia sexual, la acción oxitócica de las prostaglandinas, de la gran cantidad que existe en el líquido seminal del varón y de la posible absorción de estas sustancias durante el orgasmo femenino, hecho que sugieren el peligro potencial del coito en estas pacientes.⁴⁸

- 4- Pacientes con una contractibilidad uterina mayor pero que no alcancen 4 cm. de dilatación, son candidatas a un programa de útero-inhibición con reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, administrando una carga intravenosa inicial de 300 ml de solución glucosada, con vigilancia de signos vitales, frecuencia cardíaca fetal y control de laboratorio que incluye biometría hemática, general de orina y glucemia.⁴⁹

Posteriormente a estas medidas se valorará el empleo de fármacos y los más frecuentes usados en la actualidad son: los fármacos Beta adrenérgicos y los inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas.

De los fármacos Beta adrenérgicos, se han empleado la isoxuprina, la orciprenalina, el salbutamol, y/a terbutalina, la bufenina, la ritodrina, el fenoterol y la exoprenalina.⁵⁰

De ellos la isoxuprina tiene marcados y severos efectos hipotensores y por tal razón ha disminuido su uso.

La ritodrina es muy empleada en Europa y en EUA pero es poco conocida en

⁴⁸ Ramírez Alonso Félix. Op cit.: P. 232

⁴⁹ Ibidem. ;

⁵⁰ Ramírez Alonso Félix. Op cit.: P. 233

México y es un fármaco Beta mimético que actúa sobre los receptores Beta del útero ocasionando la inhibición de la dinámica uterina.⁵¹

Por lo que respecta a los fármacos inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas, los más usados son la indometacina, el naproxeno y el fenoprofen y también se ha usado la aspirina, pero algunos autores señalan que estos medicamentos pueden fomentar el cierre del conducto arterioso fetal con hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca congestiva.

Por lo que respecta a otros agentes, existen pruebas de la actividad tocolítica de un antagonista de calcio, la nifedipina, como dato curioso, se señala que el alcohol actúa a nivel del hipotálamo inhibiendo la liberación de la oxitocina y de hormona antidiurética y provisionalmente,

Cuando se esta lejos de un centro hospitalario, se puede ofrecer de 80 a 100 ml de whisky o coñac a la paciente, lo que proporcionara un efecto útero inhibidor durante 30 a 90 minutos.⁵²

5- En México cuando definitivamente ya se ha decidido un esquema farmacológico de inhibición, este se inicia con la aplicación de 100 mg de indometacina intrarectal, por un periodo no mayor de 24 horas y superior si el nacimiento es inminente, la dosis puede ser de 100 a 200 mg en 24 horas y la administración por medio de una bomba de infusión continua de una solución de terbutalina, orciprenalina o salbutamol, en 500 ml de solución glucosa, para pasar inicialmente 5 mg por minuto ajustando la dosis en 5 mg cada 30 minutos según respuesta de la actividad uterina y estado cardiovascular materno, sin rebasar 25 mg. por minuto preparado en 1,000 cc de solución glucosada al 5% mas 5 mg/ml.⁵³

⁵¹Ibidem. ,

⁵² Ramírez Alonso Félix. Op cit.; p. 233

⁵³ Nalidona Mg Marks. Enfermería Maternal. P. 126

Contraindicaciones:

Médicas: Diabetes, hipertiroidismo, cardiopatías y asma bronquial grave.

Farmacológicas: Inhibidores de la MAO, anestésicos, halogenados (flutane), tiroxina y metilxanticas.

Obstétricas: Infección amniótica, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Estas contraindicaciones se apoyan en el conocimiento de estos medicamentos adrenérgicos y relajantes de la fibra muscular lisa, tiene peligrosos efectos colaterales como taquicardia, palpitaciones, mareos, ampliación de la presión diferencial en la madre, hipotensión arterial por relajación cardio-pulmonar, hipoglucemia e hipopotasemia materna, refiriéndose a casos agudos de edema agudo pulmonar, de isquemia del miocardio, de arritmias cardiacas y de vasoespasmo cerebral en la madre y en el feto puede presentar taquicardia, hipotensión arterial, hipoglucemia, hipocalcemia, íleoparalítico e incluso la muerte. Por lo tanto son medicamentos que deben manejarse con el máximo cuidado y bajo vigilancia estrecha. Desde 1980, la isoxuprina y la terbutalina fueron los agentes tocolíticos más empleados y se considera que son eficaces en 80% de los casos.⁵⁴

6- Cuando se esté utilizando fármacos adrenérgicos útero inhibidores, la presión arterial y la frecuencia cardiaca materna y fetal deben vigilarse cada 15 minutos, durante la primera hora y posteriormente cada 30 minutos, debiendo evitarse la taquicardia superior a 120 latidos por minuto y la hipotensión de mas de 20% de las cifras básicas, así mismo deberá interrumpirse su uso ante la presencia de dolor precordial, disnea, extrasístoles y nerviosismo acentuado.⁵⁵

⁵⁴ Nalidona Mg. Marks. Op. Cit.: p 126

⁵⁵ Nalidona Mg. Marks. Op. Cit.: p. 120

- 7 Cuando ya se ha abatido la contractilidad uterina a menos de tres contracciones por hora, se ajusta la administración de Beta miméticos parenterales a la menor dosis posible, durante cuatro horas, para continuar posteriormente el tratamiento por vía oral: dosis de 5 mg cada 6 horas (terbutalina u orciprenalina) ó 4 mg de salbutamol cada 6 horas. Por otro lado si al cabo de 8 horas no se ha logrado detener la contractilidad uterina, se debe dar por fallido el procedimiento y prepararse para la atención del parto.⁵⁶
- 8- Las pacientes que por contraindicación, no pueden ser manejadas con Beta miméticos tipo 2, serán manejadas con indometacina a una dosis inicial de 100 mg por vía rectal, seguida de 25 mg por vía oral cada 6 horas por cinco días.⁵⁷
- 9- En los embarazos menores de 32 semanas, se administra esquema de inducción de madurez pulmonar, con betametasona, 4 mg cada 8 horas durante 2 días o dexametasona 6 mg, intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.
- 10- En los casos en los que ya se ha controlado la amenaza de parto prematuro, la paciente continuara hospitalizada durante tres días más, con una adecuada valoración de laboratorio y gabinete y al darse de alta, se le instruirá sobre la identificación de los pródromos de trabajo de parto pretérmino, del riesgo de reincidir y la importancia de la atención oportuna. Es conveniente tratar de llevar, el embarazo cuando menos hasta la semana 34 con atención a los beneficios de un mayor crecimiento fetal, mejor desarrollo intrauterino y mayor madurez pulmonar.⁵⁸

1.6.4 Trastornos relacionados con la amenaza de parto prematuro.

Factores de riesgo primario:

- . Embarazos múltiples

⁵⁶ Ibidem. ; p 126

⁵⁷ Ramírez Alonso Félix. Op. Cit.; 234

⁵⁸ Ramírez Alonso Félix. Op. Cit.; 234

- Corioamnioititis.
- Partos prematuros previos.
- Anomalías uterinas o cervicales.
- Placenta previa.
- Desprendimiento placentario
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Rotura prematura de membrana
- Hidramnios
- Anomalías genéticas.
- Malformaciones congénitas
- Infecciones genitales (vaginosis bacteriana, gonorrea, clamidia)

Factores de riesgo secundario:

- Embarazo en adolescentes
- Embarazo previo
- Múltiples abortos inducidos
- Laceración cervical o uterina
- Inicio de embarazo en los 4 meses siguientes a un parto

Factores de Alto Riesgo:

- Desnutrición
- Anemia Grave
- Aumento de peso inadecuado durante el embarazo (en particular con masa corporal baja antes de embarazo)
- Hipertensión pulmonar o sistémica.
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardíaca
- Abuso de sustancias
- Consumo importante de cigarrillo, alcohol, drogas

- Irritación peritoneal.
- Quistes
- Úlcera séptica.
- Apendicitis
- Procedimientos intrabdominales
- Infecciones

Factores de bajo Riesgo:

Estado de 16 a 20 años de edad o mayor de 40 estatura inferior de 1.50 mts.

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 Presentación del caso.

Se trata de paciente femenina de 31 años de edad que fue enviada del centro de salud de Hunucma, con embarazo de 27 semanas de gestación, malestar tipo cólico en hipogástrico, así como actividad uterina irregular, sin pérdidas transvaginales, es valorada y se aprecia producto único vivo pélvico con dorso a la izquierda, la paciente tiene como antecedente 3 abortos espontáneos antes de las 24 semanas de gestación, refiere tener 2 semanas con el malestar que ha aumentado; A la exploración vaginal se encontró leucorrea, dilatación cervical de 2 cm.; actividad uterina. Fue ingresada al servicio de gineco-obstetricia y se inicio tratamiento con orciprenalina en solución glucosada al 5%, vagitrol vaginal, indometacina 100 mg, vía rectal; se realizaron análisis de laboratorio, USG y se mantuvo en reposo absoluto, con vigilancia de signos y síntomas.

Actualmente cursa con 20 días de estancia en el servicio, se continúa con reposo absoluto, el último ultrasonido arroja embarazo de 27.6 semanas, producto único vivo longitudinal cefálico, tono uterino normal, FC 130 por minuto, la paciente se maneja con vendaje compresivo en miembros pélvicos, se espera completar 28 semanas de gestación para toma de perfil biofísico y normar conducta.

A su ingreso análisis de laboratorio indica por BH. 10.4 anemia, actualmente tiene 11.

2.2 Valoración de Enfermería.

DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre: C.C.B. **Domicilio** Hunucma, Centro Calle 27 S/N **Edad** 31 **Sexo** Femenino **Nacionalidad** Mexicana **Fecha de nacimiento:** 12 de Marzo 1976
Ocupación: Ama de Casa **Escolaridad:** Analfabeta **Religión:** Católica **Lugar de Origen:** Hunucma

Estado Civil: Casada **Familiar responsable:** (esposo)

VALORACION DIAGNÓSTICA:

Malestar tipo cólico en hipogástrico, así como actividad uterina irregular, no hay perdidas transvaginales, es valorada y se aprecia producto pélvico, dorso a la izquierda, la paciente tiene como antecedente 3 abortos espontáneos antes de las 20 semanas de gestación. La paciente fue ingresada al servicio de ginecología y se inicia occiprenalina 8 amp. en solución glucosada al 5% 500 ml

BASICO DE LABORATORIO:

BH	Resultado leucocitario 11.8 –valor referencia 4.5 10
HB	10.3 Valor de referencia de 10 a 15
Hto	Resultado 34.41 valor referencial 30-46
Plaquetas	246.00 150-400
Ego	Proteína C. Reactiva Resultado 0.81 Valor de referencia: 0. 08
pH.	Referencial 5-8 sedimento leucocito 0-5 ml
Glucosa	2 marzo de 2007
U.S.G.	Emb. 24 sem. Borramiento de cervix, leve-oligodramios
Datos Relevantes	20 marzo- embarazo de 27 semanas, cefálico.
Pero antes de	58
Embarazo	
Escolaridad	Analfabeta
Malos Hábitos	

PERFIL DEL PACIENTE:

Ambiente Físico:

Casa Prestada, No. de Habitaciones: 3

Tipo de Construcción: Mampostería 2 cuartos Animales domésticos: NO

Características físicas (ventilación, iluminación etc.) Buena Ventilación e Iluminación, no tienen piso.

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua Intra Domiciliaria: no

ELIMINACION DE DESECHOS.

Drenaje: NO cuenta con él. Ni tiene Fosa séptica. Letrina NO

Control de Basura: Hay servicio de Recolección de Basura

VIAS DE COMUNICACIÓN:

Pavimentación SI Colectivos: SI
Teléfono: NO Carreteras SI
Metro: NO Camiones: SI
Taxi SI Carro Particular: NO

RECURSOS PARA LA SALUD

Centro de Salud: SI IMSS: NO ISSSTE: NO
Cons. Particular: NO Otro: NO

HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS:

ASEO:

Baño General 3 veces al día. De manos antes de cada comida y bucal después de cada comida.

ALIMENTACION

TIPO DE ALIMENTO	No. VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
Carne	1 de 7 días	Insuficiente
Verduras	1 de 7 días	Insuficiente
Frutas	NO	Insuficiente
Leguminosas	2 de 7 días	Insuficiente
Pastas	7 -7 (todos los días)	Exceso
Leche	2-7	Insuficiente
Huevo	3- 7	Suficiente
No. De Tortillas	9 por día	Exceso
No. Piezas de Pan	7- 7 (todos los días)	Exceso
Agua: Lts. X día o vasos al día	1 litro por día	Insuficiente

ELIMINACION:**HORARIO Y CARACTERÍSTICAS:**

Intestinal: Dificultad para evacuar, 1 vez cada 2 o 3 días.

Vesical: Muy seguido de 10-15 veces de color amarillo.

DESCANSO:

Reposo 1 hora al día, sueño profundo 8 horas, solo durante la noche.

Diversión y Deportes:

Diversión y Deportes: No Práctica deportes y no sale de su casa.

Trabajo y Estudio: No

Otros: No

COMPOSICION FAMILIAR:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Suegra	70	Ama de casa	Ninguna
Esposo	28	Taxista	Salario Mínimo

DINAMICA FAMILIAR:

No ha podido tener familia y su esposo trabaja de 8 a 20 horas de lunes a sábado, por lo que casi no convive con él.

COMPORTAMIENTO: (conducta cotidiana)

Agresivo

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Diabetes, Hipertensión arterial, Cardiopatías, Nefropatías, Epilepsia, Enfermedades Infecciosas, y Toxoplasmosis **negados**.

Antecedentes Quirúrgicos positivos. La paciente ha tenido 3 legrados por abortos fortuitos.

Antecedentes Transfusionales positivos.

Antecedentes Traumáticos negados.

Tabaquismo, alcoholismo y fármaco-dependencias negadas.

ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES.

Sífilis, SIDA, Malformaciones Congénitas, Consanguinidad, Retraso Mental, Trastornos Psiquiátricos y Neuropatías **negados**.

Cardiopatías **positivas**.

Grupo sanguíneo y Rh: 0 Rh +

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca: a los 12 años. Ciclos 20 días. Duración 4 días. No incapacitante. I.V.

S.A. a los 21 años sin ningún método de control familiar.

Gestas: 4, para 0, abortos 3, cesáreas 0.

Período Intergenésico 3 años.

Sin vigilancia prenatal.

Compañero Sexual 1, no circuncidado.

Papanicolaou: SI, pero no recuerda la fecha y no fue por el resultado.

FUR: la desconoce.

HISTORIA DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Fecha	LUI	Observaciones
1	Enero 1997	Marzo 1997	Aborto
2	Mayo 2000	Julio 2000	Aborto
3	Febrero 2005	Mayo 2005	Aborto

Observaciones: La paciente refiere 3 abortos espontáneos, por lo que posterior a ellos acudió al centro de salud de su unidad para legrado uterino instrumental.

Comprensión y/o comentario acerca de su problema o padecimiento: la paciente tiene un embarazo de 27 semanas de gestación valorado de alto riesgo, ya que ha tenido abortos recurrentes. Actualmente cursa con infección de vías urinarias y ya no tiene presencia de actividad uterina.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

CARDIORESPIRATORIO.

No refiere palpitaciones, lipotimias, disnea, tos, dolor torácico, disfonías, ruidos cardiacos, cianosis, ni expectoración.

Refiere presentar Acúfenos, Fosfenos y Edema

DIGESTIVO

Refiere presentar disminución del apetito, nauseas, distensión abdominal y pirosis.

Niega la presencia de constipación, pujo y tenesmo, vómito, meteorismo o diarrea.

Se auscultan ruidos peristálticos aumentados.

GENITOURINARIO:

Refiere dolor, disuria, poliuria y prurito. Niega leucorrea, hematuria o escurrimiento uretral.

NERVIOSO:

Refiere cefalea, temblores, depresión y ansiedad.

Se encuentra llorosa e inquieta, manifiesta temor, ya que es gesta 4, para 0 y quiere lograr a este bebe.

MÚSCULO ESQUELÉTICO:

Sin alteraciones.

PIEL Y ANEXOS:

Sin alteraciones.

EXPLORACION FÍSICA.

Inspección. Buena coloración de tegumentos, se observa leve edema en miembro inferior, piel bien hidratada.

Palpación. Abdomen globoso a expensas de útero gestante.

Percusión. No se determina presencia de aire.

Auscultación. Sin compromiso cardiovascular, campos pulmonares bien ventilados

Observaciones: Aumento de peso propio al embarazo.

Peso antes del Embarazo 50 Kg. Peso Actual 58 Kg

Pulso 70 latidos por minuto. Tensión Arterial actual 120/80 al ingreso 140/100.

Problema o padecimiento actual.

Paciente con amenaza de parto prematuro que cursa actualmente con 24 semanas de gestación en reposo absoluto, se le vigila de manera estricta ya que a presentado actividad uterina. Presenta edema de miembros inferiores, ansiedad, inquietud, refiere estreñimiento, pirosis, actividad uterina. Participación de la paciente y su familia en el diagnostico y rehabilitación. Se encuentran dispuestos a cooperar.

2.3 Diagnóstico de Enfermería.

- 1- Alto riesgo de interrupción del embarazo relacionado con la amenaza de parto prematuro.
- 2- Alto riesgo de alteración en la perfusión tisular fetal relacionada con la insuficiencia útero placentaria.
- 3- Déficit de autocuidado relacionado con amenaza de parto prematuro.
- 4- Ansiedad relacionada con el riesgo de pérdida del producto.
- 5- Alteración de la nutrición relacionada con estado socioeconómico bajo manifestado por el aumento de demanda corporal durante el embarazo.
- 6- Déficit en los hábitos alimenticios relacionado a una mala alimentación y manifestado en anemia
- 7- Alteración en la eliminación intestinal relacionado con el reposo prolongado manifestado por estreñimiento.
- 8- Alteración del bienestar relacionado con los cambios fisiológicos durante el embarazo manifestado por la pirosis secundaria.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 1

Alto riesgo de interrupción del embarazo relacionado con la amenaza de parto prematuro.

OBJETIVO: La paciente comprenderá la importancia de los cuidados que se le otorguen para estabilizar su estado.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>Vigilancia del programa de útero–inhibición.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar signos vitales y frecuencia cardiaca y control de laboratorio (BH, EGO Y Glucocemia).• Vigilancia de la ministración de los fármacos inhibidores de la síntesis, de prostaglandina e indometacina.• Vigilancia de solución glucosada con fármacos como la orciprenalina.• Vigilancia estricta de presencia de contracciones irregulares.• Mantener a la paciente en reposo absoluto de preferencia en decúbito lateral izquierdo.	<ul style="list-style-type: none">• Se considera como amenaza de parto prematuro a la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales mínimas antes de la semana 37.• La presencia de contracciones uterinas irregulares en intensidad pero con frecuencia mayor densidad en una hora es clara en densidad de amenaza de parto prematuro.• El reposo puede inhibir las contracciones uterinas porque así se mejora el flujo sanguíneo útero placentario.

EVALUACION

La paciente fue estabilizada pero por su condición se mantuvo en el hospital con vigilancia estricta, hasta ahora después de 3 semanas de hospitalización en reposo absoluto, no hay presencia de actividad uterina.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 2

Alto riesgo de alteración en la perfusión tisular fetal relacionada con la insuficiencia útero placentaria.

OBJETIVO: Estabilizar el estado del feto.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">• Medir duración y frecuencia de las contracciones uterinas.• Vigilar FCF en busca de sufrimiento fetal.• Colocar a la paciente en decúbito lateral.	<ul style="list-style-type: none">• El feto puede sufrir el efecto fisiopatológico de las contracciones uterinas, la frecuencia, duración e intensidad pueden determinar anomalías en el estado de salud del producto.• La aceleración o desaceleración de la FCF son signos de sufrimiento fetal como consecuencia de una disfunción placentaria. El sufrimiento fetal clínicamente se traduce con alteraciones de la frecuencia fetal.• Esta posición evita la compresión de los grandes vasos y la presencia de fenómenos basales.

EVALUACION

Durante las 3 semanas que tiene la paciente ingresada no se presentaron signos de sufrimiento fetal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 3

Déficit de autocuidado relacionado a amenaza de parto prematuro.

OBJETIVO: Que la paciente comprenda cuales son los signos y síntomas y los cuidados en la amenaza de parto prematuro.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">• Informar a la paciente sobre los signos y síntomas sutiles del trabajo de parto prematuro.	<ul style="list-style-type: none">• El trabajo de parto prematuro tiene los mismo 3 periodos que el de termino: borramiento y dilatación, expulsión y alumbramiento.
<ul style="list-style-type: none">• Instruir a la paciente acerca de cómo detectar la actividad uterina silenciosa o manifiesta.	<ul style="list-style-type: none">• Por lo que es necesario que la paciente este informada sobre los signos y síntomas del trabajo de parto, para que a su vez pueda manifestar su sintomatología a la enfermera.
<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre la posición adecuada que debe adoptar en caso de actividad uterina.	<ul style="list-style-type: none">• La posición decúbito lateral izquierda mejora la circulación sanguínea ya que evita compresión de la aorta y la vena cava.
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar apoyo emocional a la paciente.	<ul style="list-style-type: none">• El apoyo que la enfermera proporciona a la paciente disminuye el temor y a su vez la sintomatología de la paciente.

EVALUACION

La paciente es capaz de identificar los signos y síntomas en la amenaza de parto prematuro y colaborar en su autocuidado.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 4

Ansiedad relacionada con el riesgo de pérdida del producto.

OBJETIVO: Disminuirá la ansiedad en la paciente durante su estancia hospitalaria.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">• Infundir tranquilidad y bienestar hablando con la paciente sobre sus temores y preocupaciones por su embarazo y sus resultados.	<ul style="list-style-type: none">• La ansiedad disminuye con las actitudes positivas del equipo obstétrico.
<ul style="list-style-type: none">• Animar a la paciente a plantear preguntas sobre su tratamiento, medicamentos y su situación de embarazo.	<ul style="list-style-type: none">• El conocimiento reduce la ansiedad relacionada con los cambios que se dan durante su estancia hospitalaria.
<ul style="list-style-type: none">• Explicar los procedimientos y cualidades, conservar un ambiente limpio, ordenado y sin estrés.	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar una información individualizada, propiciar una familiarización y confianza en la paciente que disminuye el miedo y la ansiedad.
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar apoyo emocional a la paciente referente al medio hospitalario.	<ul style="list-style-type: none">• La comunicación tiende a ejercer efectos tranquilizantes que contrarrestan o inhiben la ansiedad.
<ul style="list-style-type: none">• Gestionar un medio ambiente tranquilo.	<ul style="list-style-type: none">• Por lo general, las personas sienten menor temor, cuando conocen lo que les va a suceder respecto al medio ambiente que lo rodea, la

	tranquilidad es necesaria para evitar temor.
--	--

EVALUACION

La paciente expresa sus temores y preocupaciones sobre el embarazo y disminuyo su ansiedad, pudo relajarse y dormir.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 5

Alteración de la nutrición relacionada con el aumento de demanda corporal durante el embarazo y estado socioeconómico bajo manifestado por déficit en los hábitos alimenticios.

OBJETIVO: Mostrara su intención de mejorar sus hábitos alimenticios siguiendo una dieta más nutritiva.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">• La enfermera valorará el estado nutricional de la paciente a través del registro de peso, estado general, resultado de laboratorio.• Verificar que ingiera en su totalidad la dieta indicada y prescrita para ella.• Explicara los requerimientos nutricionales del embarazo usando los cuatro grupos básicos de alimentos y las necesidades durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none">• El mantenimiento del aporte alimentario suficiente es el principal requisito general de autocuidado, establecido por Dorotea Orem.• Los cambios nutricionales necesarios para compensar el embarazo son requisitos de desarrollo de autocuidado. Los hábitos alimenticios existen desde hace mucho tiempo y no pueden cambiarse fácilmente.• Los dos factores que se correlacionan más estrechamente con el resultado del embarazo son el estado socioeconómico y la nutrición.

EVALUACION

La paciente comprendió que alimentarse es necesario para una buena nutrición y que alimentos no debe ingerir, aunque se sigue controlando su dieta en el hospital, ya que continúa internada en el servicio; su BH de 10.4 se elevó en 3 semanas a 11.8

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 6

Alteración en la eliminación intestinal relacionado con el reposo prolongado manifestado por estreñimiento.

OBJETIVO: Mejorar el funcionamiento normal intestinal y alivio de los síntomas ocasionados por estrés.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la paciente sobre los beneficios de la ingesta de líquidos, y la importancia de los alimentos ricos en fibra. • Efectuar anotaciones sobre los datos de valoración, acciones realizadas y resultados alcanzados. • Proporcionar líquidos y cerciorarse de su ingesta. • Verificar la inclusión de fibra en su dieta. • Motivar Cambios de posición en cama y colaborar con ella en la realización. 	<ul style="list-style-type: none"> • La información sobre medidas para la prevención del estreñimiento puede originar conductas de autocuidado. • La anotación de los datos de valoración, acciones realizadas y resultados encontrados, constituyen un registro legal de Enfermería. • Los líquidos aumentan considerablemente el rendimiento de las heces y facilita la evacuación. • La dieta rica en fibra proporciona suficiente volumen para estimular la actividad refleja de la evacuación. • Los cambios de posición ayudan a fortalecer los músculos abdominales y a estimular la actividad del colon.

EVALUACION

Se observa alivio en cuanto al estreñimiento de la paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 7

Alteración del bienestar relacionado con los cambios fisiológicos durante el embarazo manifestado por la pirosis secundaria.

OBJETIVO: Disminuir las molestias causadas por la pirosis.

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar dieta sin grasa y condimentos.• Recomendar a la paciente comer despacio y masticar bien los alimentos.• Proporcionar líquidos a la hora de las comidas, con vigilancia estricta.• Indicar a la paciente que evite recostarse, inclinarse o agacharse después de cada comida.	<ul style="list-style-type: none">• La dieta restringida en grasa y condimentos alivian los síntomas producidos por la pirosis, ya que actúan a nivel de pared estomacal evitando la irritación y por consiguiente el reflujo hacia el esófago.• Los líquidos provocan amortiguamiento de ácido dentro del estomago, aliviando las molestias.• Al realizar estas acciones ayudamos a eliminar las causas disponibles para el reflujo, ya que la gravedad actúa impidiendo el regreso de acidez y mejora la función del esfínter inferior del esófago.

EVALUACION

Se logra disminuir algunas molestias ocasionadas por la pirosis

CONCLUSIONES

Aplicar el proceso enfermero en la atención de la paciente, implicó que investigara, analizara y planeara dejándome con la satisfacción de proporcionar una mejor atención a mi paciente, también me ayudó a crecer como profesional, ya que al investigar acrecenté mis conocimientos.

Aplicar el proceso en la paciente con amenaza de parto prematuro, facilitó mi labor, ya que la paciente también participó en las actividades, diseñadas especialmente para ayudarla a reestablecer su salud.

Para mi paciente fue benéfico, ya que los objetivos planteados fueron orientados a la solución de sus problemas detectados. Por su embarazo de alto riesgo, ella tenía temor de no lograr el embarazo, para ello la paciente se involucró en su autocuidado al igual que su familia quien colaboró con gusto.

Por lo tanto es evidente que el profesional de enfermería, indudablemente, participa de manera importante en el tratamiento y cuidado del paciente.

SUGERENCIAS

Puesto que el Proceso de Enfermería constituye la base de nuestro ejercicio debería implementarse y llevarse a cabo de manera veraz en las instituciones; en la actualidad muchas enfermeras desconocen como hacerlo e increíblemente no saben del proceso enfermero.

El proceso enfermero permite al profesional de Enfermería concentrarse, en el conjunto de conocimiento exclusivo de Enfermería para la resolución de los problemas. Por lo tanto es necesario que Enfermería comprenda que aplicando el proceso presta una atención completa por ello es necesario que en nuestra disciplina todas las escuelas formen profesionales en Enfermería que apliquen el proceso enfermero.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Atkinson Murray Mary Ellen. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Au Kamp Virginia. Planes de Cuidados en Enfermería Materno Infantil. Ediciones Doyma, México D.F., 1989. 120 pp.

Balseiro A. Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Prado.

Burroughs Arlene. Enfermería Materno Infantil, Interamericana. 7ª. Edición. México, D.F., 428 pp.

Espinosa Olivares Artemisa y Rodríguez Jiménez Sofía Docencia en Enfermería, Antología. Reimpresión Junio 2004. División Sistema Universidad Abierta, ENEO-UNAM, MEXICO D.F. 297 pp.

Frenk Mora Julio. Et al. Perfiles de Enfermería. Subsecretaría de Innovación y calidad, Secretaría de Salud, México D.F. 2005. 33 pp.

Kozier Maceran. Fundamentos de Enfermería, McGraw-Hill interamericana. 3ª. Edición, 1998, México D.F. 270 pp.

Marriner T. Ann. "Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería", en Modelos y Teorías de Enfermería, 4ª. Edición Editorial Mosby- Doyma, 1998.

Nalidoma, Mg. Marks. Enfermería Maternal, Interamericana, México D.F. 1996, 546 pp.

Perso Mory Hamilton. Asistencia Materno Infantil, Interamericana, 3ª Edición. México D.F. 1995. 288 pp.

Ramírez Alonso Félix. Obstetricia para la Enfermera Profesional. Manual Moderno ENEO-UNAM. México D.F. 552 pp.

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana, 3ª. Edición, México D.F. Reimpresión 1997. 266 pp.

Rubio Domínguez Severino. Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería. 2ª. Edición. Año 2002, 3ª. Reimpresión Mayo 2005, ENEO-UNAM, México D.F. 335 pp.

W. Iyer Patricia, Taptich J. Barbara, Bernucchi Losey. Proceso y Diagnostico de Enfermería. McGraw–Hill Interamericana. 3ª Edición, México D.F. 1997. 444 pp.

<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.html>.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA
VALORACION DIAGNÓSTICA DE ENFERMERIA



1.- DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre: _____ **Domicilio** _____ **Edad** _____ **Sexo** _____
Nacionalidad _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Ocupación: _____ **Escolaridad:** _____ **Religión:** _____
Lugar de Origen: _____ **Estado Civil:** _____
Familiar responsable: _____

VALORACION DIAGNÓSTICA:

BASICO DE LABORATORIO:

BH HB Hto Plaquetas Ego pH. Glucosa U.S.G. Datos Relevantes Pero antes de Embarazo Escolaridad Malos Hábitos	
---	--

2- PERFIL DEL PACIENTE:

Ambiente Físico:

Casa Propia Rentada Prestada No de Habitaciones:

Tipo de Construcción: Animales domésticos:

Características físicas (ventilación, iluminación etc.)

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua Intra Domiciliaria Hidrante Público Otros

ELIMINACION DE DESECHOS:

Drenaje SI NO Fosa séptica SI NO

Letrina SI NO

Control de Basura: Hay servicio de Recolección de Basura

VIAS DE COMUNICACIÓN:

Pavimentación Colectivos Teléfono

Carreteras Metro Camiones
 Taxi Carro Particular

RECURSOS PARA LA SALUD

Centro de Salud IMSS ISSSTE Cons. Particular
 Otro

HABITOS HIGIENICOS-DIETETICOS:

ASEO:

Baño: De manos (frecuencia) Bucal (frecuencia) Cambio de ropa personal.

ALIMENTACION

TIPO DE ALIMENTO	No. VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
Carne		
Verduras		
Frutas		
Leguminosas		
Pastas		
Leche		
Huevo		
No. De Tortillas		
No. Piezas de Pan		
Agua: Lts. X día o vasos al día		

ELIMINACION:

HORARIO Y CARACTERÍSTICAS:

Intestinal: Vesical

DESCANSO:

(Tipo y frecuencia) 1 hora al día

Diversión y/o deportes:

Trabajo y/o estudio:

Otros:

COMPOSICION FAMILIAR:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Suegra			
Esposo			

DINAMICA FAMILIAR:

No ha podido tener familia y su esposo trabaja de 8 a 20 horas de lunes a sábado, por lo que casi no convive con él.

COMPORTAMIENTO: (conducta cotidiana)

Agresivo Tranquilo Indiferente Alegre

Cooperador

3-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Grupo y RH: 0 RH+

Tabaquismo SI NO Tiempo: _____

Alcoholismo: SI NO Tiempo: _____

Fármaco dependencia SI NO Tiempo: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS			ANTECEDENTES HEREDO - FAMILIARES		
Diabetes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Sífilis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SIDA.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Malformaciones Congénitas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cardiopatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Consanguinidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nefropatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Retraso Mental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. Infecto Contagiosas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Trastornos Psiquiátricos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Toxoplasmosis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cardiopatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes Quirúrgicos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Neuropatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Tipo:

Antecedentes Transfusionales SI NO

Antecedentes Traumáticos: SI NO

Otros: _____

Observaciones:

4- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIO RESPIRATORIO:

Palpitaciones Lipotimias Disnea

Tos Acúfenos Dolor Torácico

Edema Disfonías Fosfenos

Ruidos Cardiacos Cianosis Expectoración

DIGESTIVO

Apetito Norma Vomito Meteorismo Diarrea

Disminución del Apetito Nauseas Distensión

Hematemesis Melena Pirosis

Dolor Abdominal

Ruidos Peristálticos (aumentados) Prurito Anal

Disfagia Regurgitaciones Constipación

Pujo y tenesmo

Observaciones: Se siente nauseosa, no tiene apetito.

GENITOURINARIO:

Dolor Piuria Dismenorrea

Patología Mamaria SI NO

Disuria Poliuria Prurito Tipo: _____

Tenesmo Disuria Leucorrea SI NO

Hematuria Escurrimiento Uretral

Características: _____

Glándulas mamarias: _____

NERVIOSO:

Cefalea: Aislamiento Inconciencia Miosis

Temblores Insomnio Anisocoria

Depresión Falta de memoria Midriasis Ansiedad

Observaciones:

MÚSCULO ESQUELÉTICO:

Deformidades: óseas, articulares y Crepitación v Aumento de Peso

Musculares SI NO Hipertricosis ROTS

Tipo: _____

Mialgias: Galactorrea Hipertiroidismo

Artralgias Polidipsia Sudoración

Varices Hipotiroidismo Polifagia

Diabetes Pérdida de Peso

Observaciones: Aumento de peso normal por su embarazo.

PIEL Y ANEXOS:

Hiper-Pigmentación Heridas Otorrea Conjuntivitis

Apigmentación Edema Hipoacusia Epistaxis

Acne Prurito Dolor Alergias

Rinorrea

Trastornos del olfato:

Dermatosis

Observaciones: _____

5- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Menarca: Ciclos Duración

Incapacitante SI NO I.V. S.A.

Método de control prenatal SI NO Tipo de Control: _____

Papanicolaou: SI NO **Fecha :** No se acuerda

Resultado: No fue por el resultado **FUR:** Desconoce FPP: _____ SDG: _____

Gestas: 4 **Para 0** **Abortos:** 3 **Cesáreas** 0

Período Intergenesico Vigilancia Prenatal SI NO

No. Compañeros Sexuales: **Circundados**

HISTORIA DE EMBARAZOS PREVIOS

No. gestas	Fecha	Parto	Porceps Causa	Cesárea	LUI	Peso del Producto	Observaciones

Observaciones:

EVOLUCION DEL EMBARAZO		
Complicaciones en Embarazos Previos	SI	NO
Interrupción del Embarazo por aborto fortuito	SI	NO
Embarazos ectópicos	SI	NO
Malformaciones del producto	SI	NO
Muerte Neonatal	SI	NO

Embarazo molar SI NO Óbito SI NO

Preeclampsia SI NO Infección de Vías Urinarias SI NO

Parto Prematuro SI NO Infección Genital SI NO

6- EXPLORACION FISICA:

Peso antes del Embarazo Peso Actual Tensión Arterial

INSPECCION COMO SE ENCUENTRA LA PACIENTE

Aspecto Físico:

Palpación:

Percusión:

Auscultación:

Sintomas:

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

