

304912



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ENFERMERIA "MARIA ELENA MAZA BRITO"
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y
NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN



CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM, CLAVE 3049-12

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

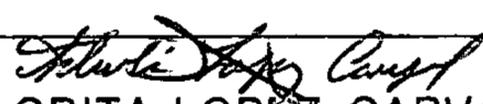
APLICADO A UNA PACIENTE CON RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS Y CONDILOMATOSIS SOMETIDA A
OPERACION CESAREA EN BASE AL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ROSA CELIS GARCIA
No. DE CTA. 401501265

DIRECTORA DEL TRABAJO


LIC. ENF. FLORITA LOPEZ CARVAJAL

MEXICO 2006

0353023



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.

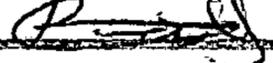
*"No importa cuanto tiempo te tardes,
No importa las adversidades presentes en tu
camino,
Toma tu corazón como escudo, tu amor como
bandera y tu espíritu como corcel
Por que si crees en un mañana todo es posible
para ti.
Piensa en las cosas simples de la vida; ahí esta la
respuesta.
Si logras saborear esas simplezas, los triunfos se
te darán por añadidura"*

R.C.G.

**Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.**

NOMBRE: Celis Garcia Rosa

FECHA: 20 - Febrero - 06

FIRMA: 

Para mi sol y mi luna:

Quienes me cobijaron en su corazón y permitieron mi existencia, alentandome con su ejemplo y guiándome con su cariño, todo mi amor, respeto y admiración.

**Gracias
Mamita**

**Gracias
Papito**

Esto es por ustedes.

A la ternura de mi corazón; a mis fieles aliados de la vida:

Claudia y Andrés Alfonso

*Todo mi amor y cariño.
Gracias por su apoyo, compañía y alegría en esta nuevo capítulo de nuestra existencia.*

A mis abuelitos:

Julio y Benito quienes cuidan mis pasos esperando el día del nuevo amanecer, mi ternura y cariño.

A la tierra firme, Angela y Margarita quienes alimentan mis raíces, sin nunca dejarse vencer, mi cariño y devoción.

A cada uno de mis queridos tios y tias por ser la extensión de mis padres brindandome su cariño y apoyo

Para mis primas y primos quienes compartieron conmigo juegos, ilusiones y lecciones, todo mi cariño

A las amigas de mi vida quienes a la largo del camino han compartido vivencias que perduran en mi corazón, les deseo triunfos y felicidad.

Especialmente a Zaira, Antonia y Alejandra por tener palabras de aliento cuando la carga se hizo pesada.

Mi cariño y fraternidad

A mi Asesora

*Por que su paciencia y experiencia
guiaron mi entendimiento para
alcanzar la meta propuesta
Gracias Lic. Florita, siempre
recordare su entrega y amor a la
profesión.*

La quiero mucho.

*A mis maestras que con su
experiencia y dedicación, inspiraron
el camino hacia la superación.
Mi eterno agradecimiento y cariño*

*A mi Universidad por
amamantarme desde niña con
el hermoso nectar del saber.*

*"Por mi Raza hablará el
Espíritu"*

*A I INCMNSZ por abrigarme en sus
brazos y mostrarme la meta que
imperera en mi camino{*

"Hacia la Excelencia"

*Gracias Amigo por dame
la serenidad, la paciencia y
el coraje necesario para
seguir el camino destinado
para mí*

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	7
II. OBJETIVOS	
* GENERAL	8
* ESPECÍFICOS	9
III. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	10
IV. MARCO TEÓRICO	11
<i>PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</i>	
* CONCEPTO	
<i>ETAPAS</i>	
* VALORACIÓN	17
* DIAGNÓSTICO	20
* PLANEACIÓN	23
* EJECUCIÓN	26
* EVALUACIÓN	28
<i>LENGUAJES DE ENFERMERÍA</i>	29
V. TENDENCIAS Y MODELO ENFERMERO	
MODELO CONCEPTUA	33
VIRGINIA HENDERSON	34
* RESEÑA BIBLIOGRÁFICA	
* PRINCIPALES CONCEPTOS	
MARY GORDON	39
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	40
VII. CASO CLÍNICO	
HISTORIA CLÍNICA	42
VALORACIÓN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR HENDERSON	58
* CONCLUSIÓN DE DATOS	72
PLANES DE CUIDADOS	73
CONCLUSIONES DEL CASO	86
PLAN DE ALTA	87
PRONÓSTICO	89

INDICE

VIII. CONCLUSIONES GENERALES	90
IX. GLOSARIO	92
X. BIBLIOGRAFÍA	96
XI. ANEXOS	100
ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	
EMBARAZO	
PARTO EUTÓCICO	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	
CONDILOMATOSIS	
CESÁREA	
PUERPERIO	
FORMATOS	140
VALORACIÓN POR PATRONES DE CONDUCTA	
GUÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN HENDERSON	
PLANES DE CUIDADOS	

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la Historia, el Embarazo en la mujer es un periodo de cambios muy radicales que abarcan los aspectos Físicos, Emocionales y Sociales, todos ellos encaminados a preparar a la nueva madre y su entorno social a asumir su papel en esta nueva aventura de la vida.

Sin embargo, no todos los Embarazos transcurren de manera normal, provocando un sin fin de complicaciones para la madre y el nuevo ser, por ello, se hace imprescindible la implementación de métodos de prevención y detección oportuna a estos factores.

Con el presente capitulado se pretende implementar un incipiente Proceso de Atención Enfermero en las pacientes que cursan con un Puerperio Complicado secundario a un Embarazo y Parto complicados y que requieren atención en una unidad Hospitalaria a fin de aplicar medidas adecuadas para salvar a la madre y al producto.

Este trabajo muestra los antecedentes de lo que es el proceso Atención de Enfermería enunciando las características principales de las etapas que lo conforman; a continuación, se desarrolla la presentación del caso y la valoración del sujeto seleccionado bajo los lineamientos del formato propuesto por Mary Gordon relacionándolo con el modelo dictado por Virginia Henderson para posteriormente planificar las acciones convenientes para su manejo. Termina dando los resultados obtenidos y se anexa una breve síntesis de las patologías en estudio.

OBJETIVO GENERAL

Sistematización del Cuidado Enfermero mediante la implementación del Proceso Atención de Enfermería en pacientes Ginecoobstétricas que cursan el Puerperio Complicado mediato con Ruptura Prematura de Membranas por Condilomatosis y Cesárea de forma crítica y reflexiva a través de una atención metódica y científica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▼ Integración de la teoría de Virginia Henderson a la par con lo propuesto por Mary Gordon y su relación con los postulados de Abraham Maslow en la elaboración de un formato de Historia Clínica y planes de Cuidados de Enfermería para el establecimiento de los lineamientos necesarios en las diferentes intervenciones a realizar.

- ▼ Brindar atención planeada e Individualizada de calidad y calidez a las pacientes con padecimientos agregados a su embarazo y parto, durante el puerperio mediato

- ▼ Participar con el equipo de Salud Hospitalario en la pronta reincorporación de las pacientes de complicaciones Ginecoobstétricas a su vida cotidiana con las menores secuelas posibles.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El siguiente trabajo de investigación sustenta su metodología en los lineamientos establecidos del Método Científico, específicamente del derivado Proceso Atención de Enfermería, a través de la observación, valoración, Implementación y seguimiento hecha al sujeto en estudio.

La metodología que se sigue es de tipo Prospectivo, Descriptivo ya que se eligió al sujeto en un tiempo y espacio determinado para implementar y dar continuidad a su tratamiento Enfermero a fin de analizar y enunciar la evolución del mismo.

También se hace uso de una investigación Bibliográfica sobre la fisiopatología y problemática en estudio con el objeto de tener una sustentación teórica de las acciones a implementarse.

Para la elaboración de la historia clínica se toma en cuenta lo propuesto en el Modelo de Virginia Henderson (14 necesidades de salud) y los 9 Patrones Funcionales de Gordon derivados de la pirámide de necesidades de Abraham Maslow; para dar la debida sustentación a los planes de cuidados propuestos, los diagnósticos enfermeros se basan en la Clasificación oficial de la North American Nursing Diagnosis Association NANDA.

Se propone un Plan de Alta de acuerdo a las necesidades prioritarias de la paciente y se evalúa el resultado de las intervenciones Enfermeras propuestas en un tiempo aproximado de 5 días posteriores al alta, para su evaluación.

MARCO

TEORICO

MARCO TEÓRICO

A través del desarrollo histórico de la humanidad, la Enfermería se ha dado a la tarea de definir sus marcos teóricos y conceptuales para poder así alcanzar el reconocimiento y estatus de ciencia, esto por supuesto no ha sido fácil, sin embargo, con la aportación hecha por grandes teóricas – Florence Nightingale, Virginia Henderson, Martha Rogers, Dorotea Orem, Imogene King, etc todas contribuyendo en un periodo determinado de la historia, - ha podido establecerse las bases del denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el cual pretende ser la guía práctica del profesional enfermero durante sus intervenciones asistenciales y así sustentar y validar todos aquellos procedimientos realizados al usuario, familia o comunidad para lograr la conservación o restitución de una mejor calidad de vida; o bien en algunos casos, alcanzar una muerte digna.

Resulta importante enunciar los conceptos de algunos componentes que son comunes en el desarrollo científico de cualquier disciplina; en el caso específico de Enfermería, esto contribuye a validar las diferentes actividades que se planifiquen a lo largo de las intervenciones durante la aplicación práctica de este Proceso.

Sin ser diferente a otras profesiones científicas, la aplicación de las teorías en el campo de la Enfermería es la de facilitar la autonomía de acción ya que sirve de guía en los aspectos de la práctica, educación e investigación mediante el desarrollo de habilidades analíticas y razonadas del cuerpo de valores inherentes a nuestro fin de la asistencia; así, gracias a la aplicación sistemática del conocimiento teórico, Enfermería ha logrado exitosamente hoy en día alcanzar un grado de profesionalización y legitimación.

CONCEPTOS PRINCIPALES

Filosofía: es la investigación de las causas y las leyes que sustentan la realidad e indagan la naturaleza de las cosas, en base, al razonamiento lógico y no de los métodos empíricos.*

En el sentido estricto, la Filosofía constituye una ciencia aparte la cual tiene como objeto el estudio de las relaciones del ser Humano con las propiedades, las causas y efectos desde la perspectiva del razonamiento lógico de las cosas que lo rodean o en las cuales se ve involucrado.

En el caso particular de nuestra profesión, la Filosofía nos orienta en la comprensión y entendimiento de la esencia misma del ser humano y el universo en el que como pacientes o usuarios requieran la asistencia y ayuda de otro ser humano.

La concientización y la verdadera comprensión de la filosofía de los valores personales y la libre expresión de los propias creencias a cerca del hombre son fundamentales para lograr una eficaz aplicación de la asistencia en Enfermería.

Ciencia: Observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos.*

Conocimiento: conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación.*

Hecho: algo que se conoce con certeza.*

Modelo: idea que se explica a través de la visualización simbólica y física; pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos.*

Modelo conceptual: constituido por ideas abstractas y generales (conceptos) y proposiciones que especifican sus interrelaciones.*

Un modelo de Enfermería es el conjunto de ideas, enunciados y supuestos generados por las propias enfermeras con el fin de explicar la identidad y objetivo de su práctica teniendo como eje central en cada una de las respuestas que el individuo, familia o comunidad presente en caso potencial o real de la salud.

Paradigma: es un diagrama conceptual, puede ser un amplia estructura en torno a lo cual se articula una teoría.*

Teoría: es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre conceptos y el deseo de describir, explicar y predecir tal fenómeno.*

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCEPTOS

Proceso: acto o logro determinado; movimiento continuo a través de una fase sucesiva de desarrollo; método por el cual se logra algo. Cambio en el que interviene información determinada con la cual se progresa hacia el logro de un objetivo.

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado encaminado a administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Según Rosalinda Alfaro (1993) *"Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales."*

El Proceso enfermero se considera aplicable y funcional debido a las características con la que cuenta:

-
- ◆ *Metódico* – serie de pasos mentales progresivos y relacionados entre sí.
 - ◆ *Sistemático* – conformado por etapas siguiendo un ordenamiento lógico.
 - ◆ *Humanista* – considera al Ser Humano como un ente Bio –Psico (con Alma) – Social e indivisible.
 - ◆ *Intencionado* – se centran en el logro de objetivos al valorar los recursos y capacidades del Individuo y la enfermera lo que permite el disminuir los factores condicionantes de la enfermedad.
 - ◆ *Dinámico* – por ser capaz de cambiar de acuerdo a las interacciones propias del Ser Humano.
 - ◆ *Flexible* – se adapta a los diferentes contextos prácticos del actuar enfermero.
 - ◆ *Interactivo* – dependiente de la constante interacción humana, sin importar los diferentes contextos sociales en los que se desarrolla.

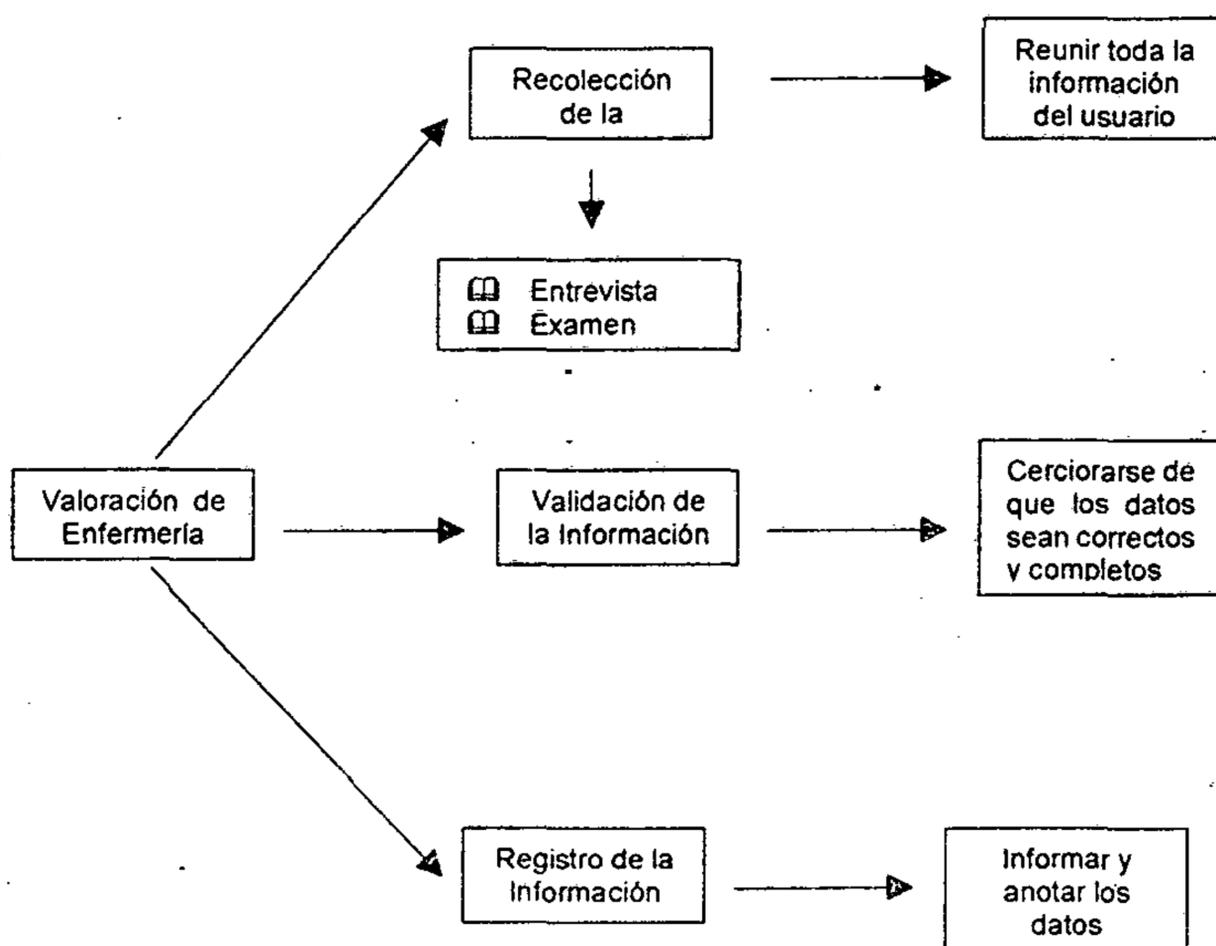
Como objetivo principal, el PAE pretende identificar las diferentes necesidades ya sean reales o potenciales en los pacientes para así establecer planes de acciones guiadas a resolver dichas necesidades.

El Proceso consta de cinco etapas:

- ◆ Valoración
- ◆ Diagnóstico
- ◆ Planeación
- ◆ Ejecución
- ◆ Evaluación

VALORACIÓN

Esta etapa es un proceso continuo que pretende establecer una base de datos sobre las respuestas del cliente, familia o comunidad a través de los datos objetivos o subjetivos y las fuentes de información primarias (el paciente, familia) o secundarias (expediente, bibliografía relevante, otras fuentes) mediante el uso de entrevistas (directas o indirectas), historia clínica y la exploración física.



Se recomienda contar con una guía o formato durante la recolección de datos para evitar omisiones y a su vez una correcta agrupación y priorización de los datos obtenidos.

Con la guía de valoración se pueden recoger cuatro tipos de datos:

Subjetivos - son manifestaciones o percepciones individualizadas y que los pacientes nos refieren directamente (dolor, temor, impotencia, debilidad)

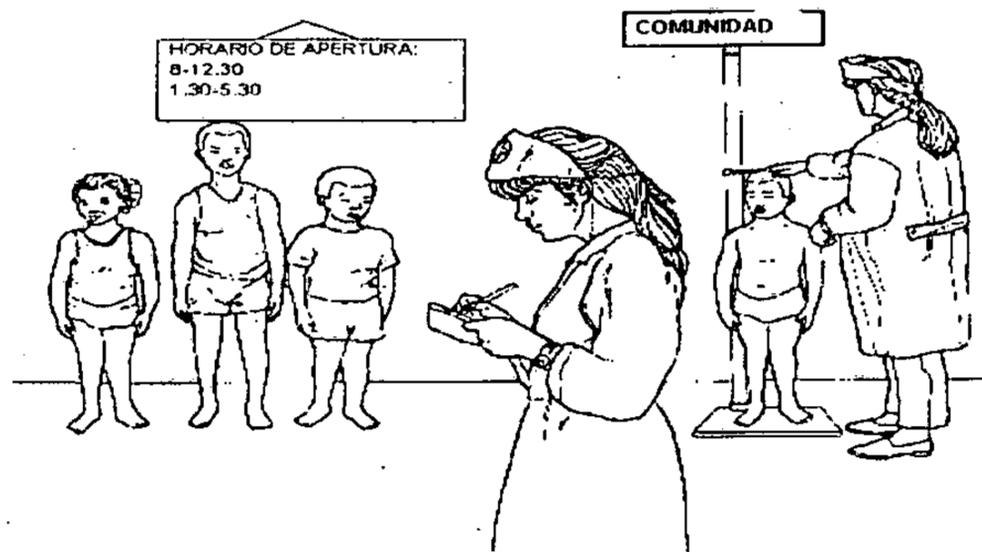
Objetivos - conformados por aquella información capaz de ser observada y medida a través de los órganos de los sentidos (frecuencia cardíaca, peso, color de la piel, temperatura, etc)

Históricos - se relacionan con hechos del pasado que han influido en el estado actual de salud del paciente (antecedentes familiares, personales, tratamientos anteriores)

Actuales - son los hechos por los cuales el paciente acude a la institución de salud para su tratamiento, están sucediendo aquí y ahora.

Después de la recolección de los datos el personal de enfermería continúa su intervención con la realización de la exploración física del paciente a través de la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

*Inspección - vista oído, olfato
*Palpación - tacto
*Percusión - valoración del tipo de sonido o vibraciones de una superficie corporal
*Auscultación - escuchar sonidos producidos por el cuerpo



Es importante que la enfermera valore las constantes vitales y la somatometría para tener un panorama general del estado verdadero del paciente.

CONSTANTES VITALES
Temperatura corporal
Pulso
Frecuencia cardiaca
Respiración
Tensión arterial

SOMATOMETRÍA
Estatura
Peso
Perímetros
Segmentos
Corporales

Para la aplicación de la valoración de enfermería, es necesario que el profesional cuente con bases sólidas de los conocimientos relacionados con la anatomía, fisiología, psicología, nutrición, sociología, ética, para poder jerarquizar por orden de importancia los problemas o situaciones de riesgo que se presenten, además de afianzar el acercamiento con él o los pacientes a través de una adecuada comunicación y respeto como ser humano.

El que la enfermera revise una situación específica de cada paciente, tiene el propósito de emitir un diagnóstico sobre la interrogante presente para lograr una mayor organización y sistematización de los planes de acción.

DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso. Este es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud.

El proceso de diagnóstico fundamenta las intervenciones de la enfermera mediante el análisis de la información obtenida.

“Es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la propia enfermera.” (Mundinger Jauron, 1975)

Cabe hacer notar que el diagnóstico enfermero difiere del diagnóstico médico en el hecho de que Enfermería sustenta su acción en las *Respuestas Humanas* o formas de reaccionar de cada individuo ante la enfermedad.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

Reales.- es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.

Potenciales.- es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

Posibles.- se da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que se presente, pero hacen falta datos para poder confirmarlo o descartarlo.

Para elaborar un diagnóstico de Enfermería, es necesario cumplir con los pasos siguientes:

- Análisis de los datos obtenidos en la valoración
- Identificación de los problemas de salud y la formulación de los diagnósticos de enfermería
- Identificación de los problemas interdependientes, es decir distinguir aquellos problemas de salud reales o potenciales (complicación) que se centran en la respuesta fisiológico – patológica del cuerpo humano y que la enfermera puede identificar y tratar en colaboración con el médico o demás personal interdisciplinario de salud.
- Identificación de las capacidades que él o los pacientes poseen o son capaces de realizar en un determinado grado de autonomía, o si por lo contrario, le resulta indispensable el apoyo de otros.

Para fines prácticos y lograr la unificación de criterios internacionales en la formulación de los diagnósticos de enfermería, se acepta el uso del listado de diagnósticos elaborado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería N A N D A (2001 – 2002)

Cada una de las categorías diagnósticas aceptadas por la asociación consta de tres componentes:

- **Título (etiqueta).**- descripción breve del problema de salud.

Consta de dos partes unidas por la frase "*relacionado con*".

El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados, que corresponde a la etapa de Planificación.

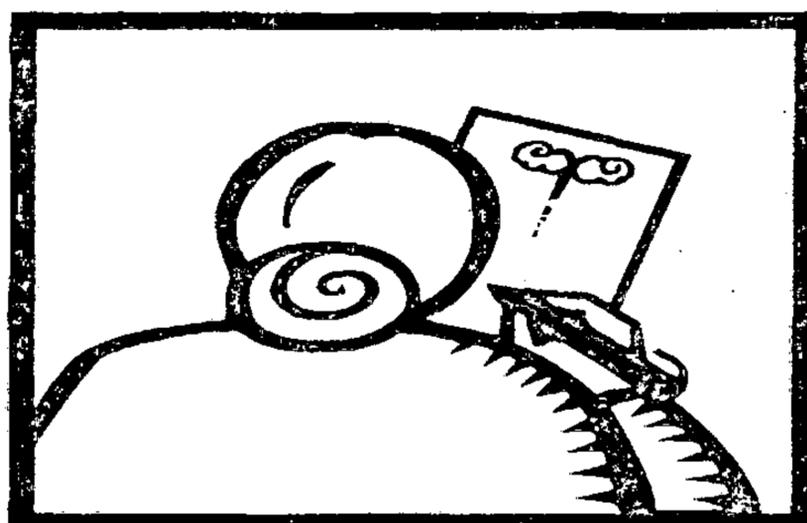
■ **Características Definitorias.**- grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

■ **Factores Etiológicos y contribuyentes.**- identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.

Para poder formular un diagnóstico enfermero se debe cumplir con tres componentes:

- ↓ **P** = problema
- ↓ **E** = etiología o causa del problema
- ↓ **S** = signos y síntomas

Este formato nos es de gran utilidad porque nos permite identificar el problema y su etiología, además, añade el concepto de validación por el hecho de incluir los signos y síntomas.



PLANEACIÓN

Es la tercera parte del proceso; se inicia diseñando las acciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o resolver aquellos problemas de salud que se han identificado; para ello, es necesario que se establezcan prioridades, se fijen objetivos y plantear estrategias para poder contar con los formatos (registros gráficos) necesarios para la implementación de los cuidados.

Para diseñar la planeación se requiere:

- Establecer prioridades.
- Elaboración de objetivos.
- Determinar las acciones de enfermería.
- Documentar los planes de cuidados.

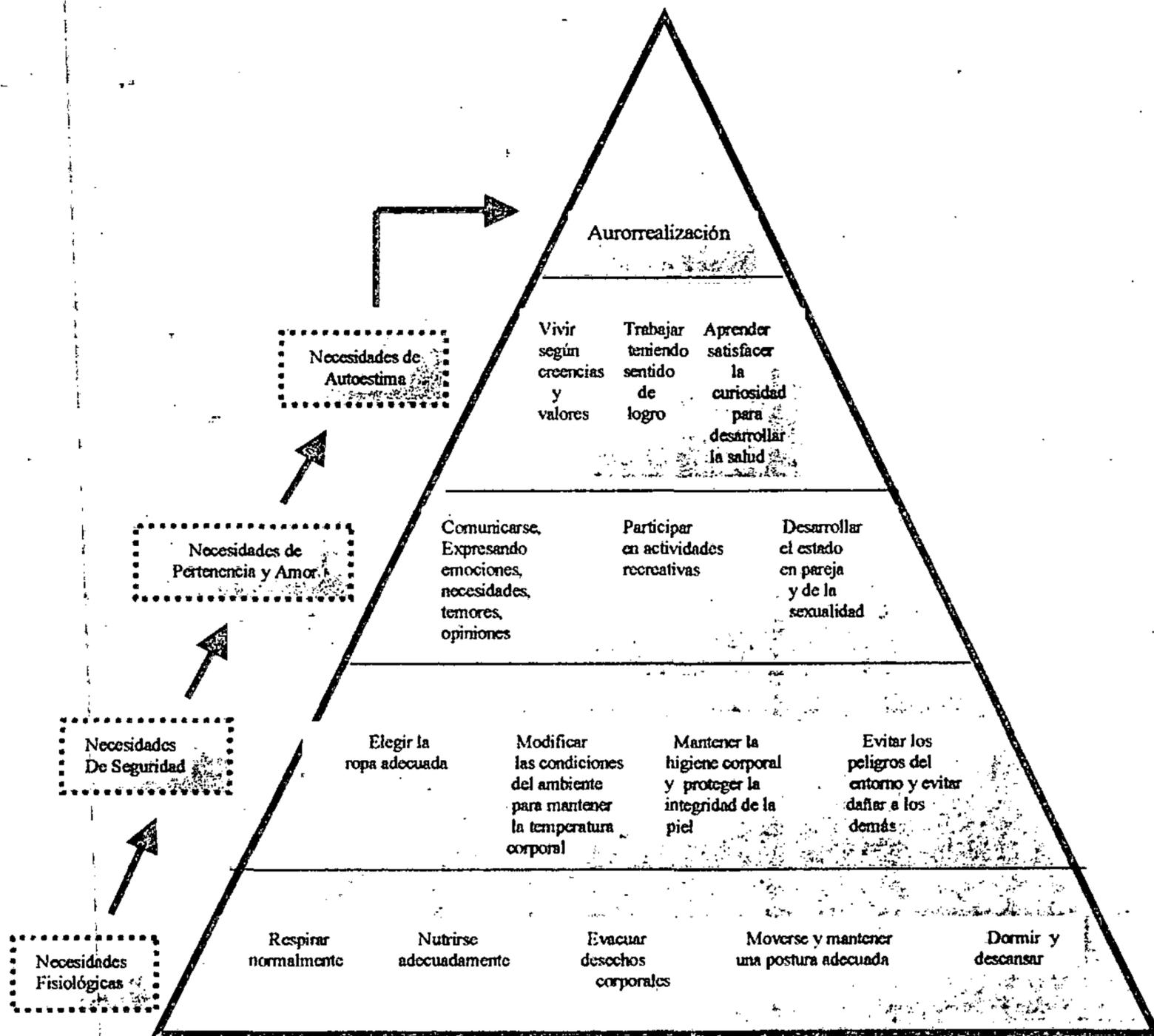
Para conseguir la priorización de los problemas encontrados en la valoración, el profesional de enfermería, se apoya de manera importante en la teoría de la **Jerarquía de Necesidades** dictada por el Psicólogo Humanista Abraham Maslow (1970)

Maslow describió cinco necesidades básicas las cuales ordenó de acuerdo a lo que él consideró el orden de su intensidad o importancia en la vida del hombre.

Para Maslow, cada necesidad inferior de la pirámide debe ser satisfecha antes de que el individuo pueda percatarse o desarrollar la capacidad de satisfacer las necesidades que ocupan un lugar más importante que ésta; sin embargo, para algunos individuos debido a determinadas acircuntancias (enfermedad, invalidés), les es difícil poder cumplir incluso con las necesidades más básicas, siendo ese momento en que las intervenciones de enfermería son puestas en marcha.

"A mayor capacidad de desarrollo, mejor salud psíquica y autorrealización".
(Maslow).

A continuación, se presenta la representación gráfica de la pirámide de Necesidades de Maslow y la relación que guardan con las 14 Necesidades identificadas por Virginia Henderson en sus postulados



Una parte indispensable de la planeación son los objetivos:

Se define como el enunciado claro y preciso de las metas que se persiguen; sustentan las diferentes intervenciones de enfermería encaminadas a lograr cambios deseables en el estado de salud del o los pacientes.

Cuando se tienen claros los objetivos se implementan acciones específicas que se realizan para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y mantener / restaurar la salud.

Los registros de enfermería se realizan con el fin de que todo el personal de enfermería implicado en el cuidado del paciente tenga instrucciones claras para ejecutar los planes de cuidados y diagnósticos formulados.

EJECUCIÓN

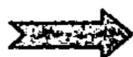
Es la cuarta etapa del proceso. Son las actividades necesarias para alcanzar objetivos definidos puestos en marcha una vez que se han elaborado los planes de cuidados.

Dentro de las acciones que se pretenden alcanzar están:

Cuidar

Asesorar

Controlar



Los cambios para recuperar la salud

Los planes de cuidados deben ejecutarse cumpliendo las siguientes etapas:

Preparación.- para el desarrollo de cada actividad lo que requiere de

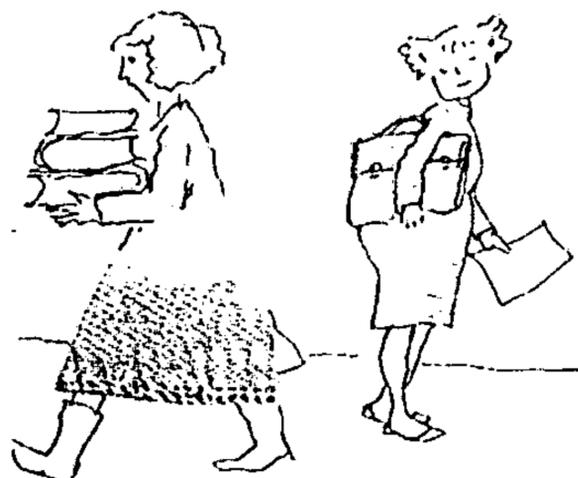
- Conocimientos
- Habilidades
- Recursos humanos y materiales
- Ambiente seguro y confortable

Intervención.- a través de

- Valoraciones
- Prestación de cuidados
- Educación al paciente
- Comunicación

Documentación.- para los registros legales de enfermería los cuales incluyen

- Fecha y hora
- Datos de la valoración
- Intervenciones de enfermería
- Resultados
- Nombre y firma



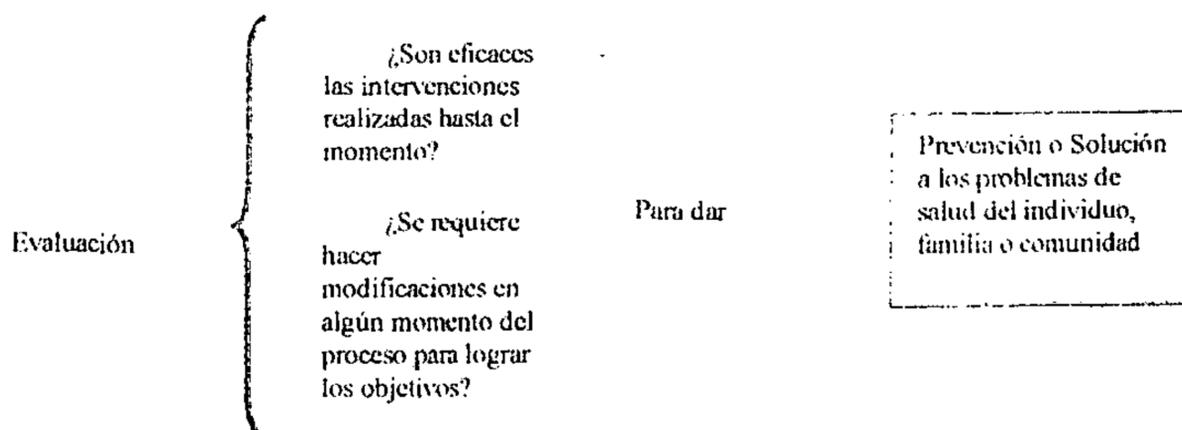
EVALUACIÓN

Es un proceso útil para determinar el logro de los objetivos y decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado para así confrontar el estado de salud actual y anterior del individuo, familia o comunidad.

“Comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.” (Griffith y Christensen, 1982)

Al aplicar el modelo de Virginia Henderson, esta etapa se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el individuo, familia o comunidad respecto a los problemas identificados al poner en marcha los planes de cuidados.

Se debe mencionar que dicha evaluación se establece continuamente y durante todo el tiempo que dura la intervención de enfermería para poder corregir las posibles fallas encontradas.



LOS LENGUAJES

Con el surgimiento de las nuevas tendencias de investigación en enfermería y la evolución lograda hasta nuestros días, la literatura enfermera se propugna por la necesidad de alcanzar la unificación o estandarización de los criterios y lenguajes utilizados en la profesión con el fin de facilitar la comprensión y aplicación de la información recopilada en las intervenciones que realice la enfermera a la hora de brindar atención a los usuarios o durante el desarrollo de políticas de organización en los campos de la asistencia, docencia, investigación, etc.

En seguida tomando como referencia las contribuciones hechas por McCloskey y Bulechek (2000) , y Johnson, Maas y Moorhead (2000), damos una pequeña reseña de cada uno de los lenguajes propuestos en la actualidad.

N A N D A

Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros

Utiliza juicios clínicos sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud, procesos vitales o potenciales. Los Diagnósticos Enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones específicas para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

N I C

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

Es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza la Enfermera.

Incluye todas las intervenciones ejecutadas por ellas, tanto independientes como de colaboración, así como cuidados directos e indirectos.

Intervención se define como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente.

N O C

Clasificación de Resultados de Enfermería

Es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras.

Cada resultado del NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado de cada escala, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y los resultados NOC indican las asociaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una intervención. Los resultado entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la relación entre el problema del paciente y las acciones enfermeras que resuelven o disminuyan el problema.

Las relaciones entre los resultados NOC y las intervenciones NIC indican una asociación parecida a la que existe entre la resolución de un problema y las acciones enfermeras dirigidas a la resolución o estado del resultado de un problema sobre el que se espera que influya una intervención.

TENDENCIA

Y

MODELO

MODELO CONCEPTUAL

Modelo, es una respuesta esquemática de algún aspecto de la realidad que para enfermería contribuye en la orientación e independencia de las funciones asistenciales, de educación o investigación.

Los modelos se agrupan en dos grandes clasificaciones:

- ◆ Teóricos
- ◆ Empíricos

Los **modelos empíricos** son una réplica de la realidad, como por ejemplo, un esquema o un maniquí.

Los **modelos teóricos** son una respuesta del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticas.

En el caso de Enfermería, un modelo es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en la profesión, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

"Un modelo conceptual para enfermería, es la imagen mental de lo que se cree que es enfermería" (Adam Evelyn, 1989)

En general, los modelos propuestos hasta hoy, coinciden en decir que el trabajo de enfermería debe centrarse en las respuestas del paciente, ya sea en un estado potencial de salud o bien en la pérdida de la salud real o potencial; asimismo, unifican la conceptualización del ser humano como un ente indivisible y único que interactúa a su vez con otros seres dentro del entorno que le toca vivir.

LAS TEORICAS

Virginia Henderson, enfermera Norteamericana nace en 1897 en el estado de Kansas City Missouri

Desarrolla su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial, comenzando sus estudios en la Escuela de Enfermería del Ejército en la ciudad de Washington en el año de 1918.

En 1921 inicia su carrera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

1922 inicia su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

1927 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia obteniendo el título de B.S. y M.A.

de 1930 a 1948 es miembro del profesorado del Teachers College impartiendo cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas.

De 1959 a 1971 dirige el proyecto Nursing Studies Index subvencionado por Yale, este proyecto recopiló cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería de 1900 a 1959.

A lo largo de la década de los 80's permanece activa como asociada emérita de Yale, recibió los títulos doctorales de Christiane Reimann y el Mary Adelaida Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos; fue elegida como miembro honorario de la American Academy of Nursing de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres, y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

Con una larga trayectoria profesional que abarca de 1921 hasta su muerte (1996), Henderson participo en la docencia y la investigación siendo sus publicaciones y postulados base significativa del aprendizaje y consulta de muchas escuelas de enfermería.

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

Publicó por primera vez su definición de enfermería en 1955, "*The Principles an Practice of Nursing*" (Harmer & Henderson)

Entre los elementos más importantes de su teoría es la tendencia de suplencia o ayuda que imprime a su concepto de enfermería pues conciben el papel de esta como la realizadora de las acciones que el paciente no puede llevara a cabo en un determinado momento del ciclo de vida fomentando en mayor o menor grado el **AUTOCUIDADO** por parte del paciente.



PRINCIPALES CONCEPTOS

ENFERMERÍA

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste llevaría a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible”.

SALUD

La interpreta como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. “Se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida; ese margen de vigor mental/físico, permite que una persona trabaje con mayor eficacia y alcance el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas”.

ENTORNO

No formula su propio concepto sino que recurre al establecido por otras fuentes las cuales lo conciben como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

PERSONA

Concibe al paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o tal vez una muerte tranquila, y que tanto el cuerpo como el alma son inseparables. Contempla al paciente y su familia como una UNIDAD.

NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

1. *Respirar normalmente*
2. *Comer y beber de forma adecuada*
3. *Evacuar los desechos del organismo*
4. *Moverse y mantener una postura adecuada*
5. *Dormir y descansar*
6. *Elegir la ropa adecuada*
7. *Mantener la temperatura del cuerpo dentro de parámetros normales*
8. *Mantener la higiene corporal un buen aspecto y proteger la piel*
9. *Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás*
10. *Comunicarse con los demás expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones*
11. *Actuar de acuerdo a la propia fe y ejercer culto a su Dios*
12. *Actuar de forma que permita sentirse realizado*
13. *Participar y disfrutar todas las formas de recreación y ocio*
14. *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales*

Estas necesidades pueden ser modificadas en relación con dos tipos de factores:

Permanentes.- edad, nivel de inteligencia, medio social o cultura, capacidad física

Variables.- estados patológicos como:

Falta aguda de oxígeno, conmoción, estrados de inconsciencia, exposición a cambios de temperatura que produzcan cifras anormales, lesiones (locales, heridas, infección), enfermedades transmisibles, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilidad por enfermedad, dolor persistente, etc.

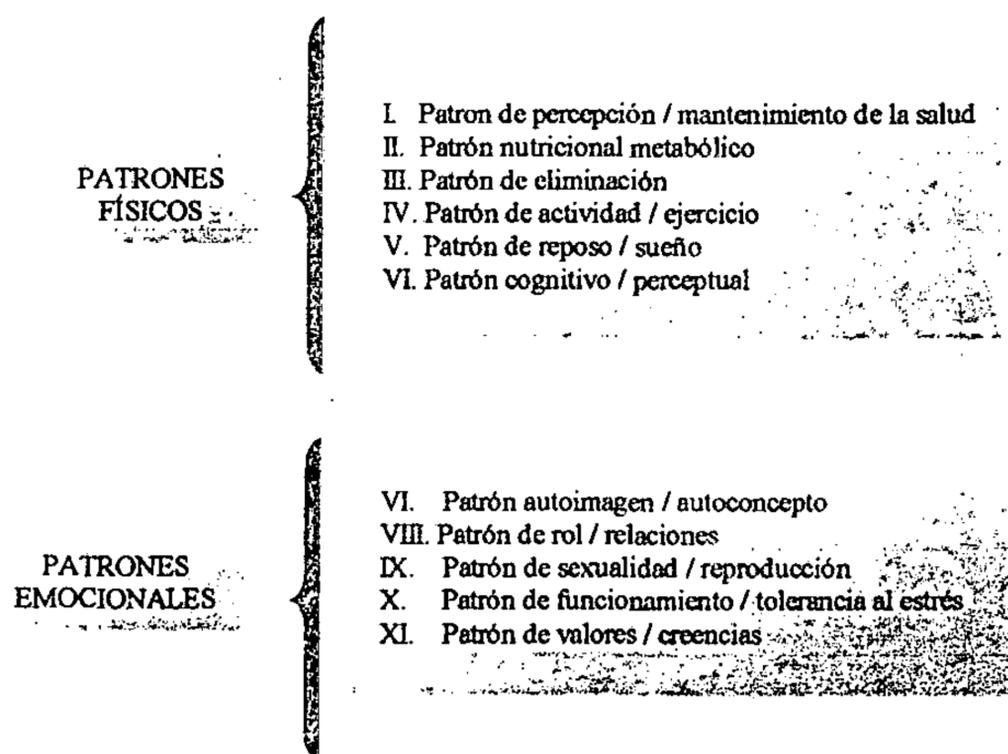
Henderson destaca tres niveles de intervención en la relación enfermera - paciente.

Como {

- Sustituta
- Ayuda
- Compañera

LAS TEORICAS

Mary Gordon en 1987 propuso una metodología para que el personal de enfermería valorara al paciente a través de la identificación sistematizada de patrones de comportamientos los cuales a su vez se dividen en físicos y emocionales



Para Gordon la -palabra *Patrón* denota "secuencia de comportamientos" por lo que enfermería recolecta datos sobre comportamientos que funcionan bien y aquello que por lo contrario funcionan mal para el paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El siguiente proceso Atención de Enfermería se implementó en la atención de una paciente del sexo femenino de 20 años, soltera, de nivel socioeconómico bajo, que cursa su segundo día de hospitalización en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer posterior a la realización de una operación Cesárea por presentar Ruptura Prematura de Membranas más Condilomatosis.

Se le inicia seguimiento postoperatorio por parte del equipo multidisciplinario en espera de su evolución en las próximas 72 hrs.

Para dar inicio al seguimiento enfermero, se realiza una valoración en base a los Patrones Funcionales de Mary Gordon por considerar que resulta práctico para ser aplicado en el caso de pacientes ginecoobstétricas además, se realiza el seguimiento conforme a la guía metodológica propuesta por Virginia Henderson para posteriormente identificar las necesidades dañadas en la paciente, de igual forma, se cuenta con los datos del expediente clínico, notas médicas y la interacción diaria por parte del equipo de atención intrahospitalario en general.

Se termina con la elaboración y estructuración del formato de los planes de cuidados tomando en cuenta los diagnósticos que el profesional de enfermería considera relevante; para finalmente aterrizar en las conclusiones y plan de alta.

CASO

CLINICO

Datos Biográficos e Institucionales:

Fecha: Abril – Mayo del 05.
 Fecha de ingreso: 25 de abril del 2005, 17:30 Hrs.
 Nombre: N. A. V. Edad: 20 años
 Estado civil: Soltera Escolaridad: Secundaria terminada
 Ocupación: Hogar Religión: Católica
 Domicilio: Av. San José Acolman s/n, Mpio. de Acolman.
 Teléfono: S/N
 Numero de Expediente: 390355 Servicio: Puerperio Complicado
 Cama: 305
 Ingreso económico mensual: variable, aproximadamente \$1000^{oo}
mensuales

Motivo de la visita o problema principal: Emb. de 37.6 SDG x FUM x 38 SDG x USG + RPM DE 18 Hrs.

Diagnostico médico: G1, Emb. de 37.6 SDG x FUM x 38 SDG x USG + RPM DE 18 Hrs. + Condilomatosis

Tratamiento médico actual: Operación Cesárea por inductoconducción Fallida + RPM

Diagnóstico Enfermero Inicial: Paciente puérpera que cursa su etapa de recuperación secundaria a la realización de operación Cesárea relacionada con ruptura prematura de membranas y la presencia de lesiones por condilomas

PRODUCTO

Sexo: Mujer Peso: 3Kg con 150 g. Hora de Nacimiento: 4:04 A.M.
 Apgar: 8/9

Antecedentes:

Enfermedades anteriores: Sarampión a los 8 años

Historia familiar de enfermedad: Madre Aparentemente sana, Padre con alcoholismo + y Diabetes Mellitus desde hace 10 años; Hermanos sanos

1.- Patrón Percepción / mantenimiento de la salud

Servicios con los que cuenta la casa – habitación, especificar: Agua potable, Drenaje, Luz eléctrica, de tipo Semiurbana

Características higiénicas de la vivienda, especificar: con piso de cemento, paredes de ladrillo, techo de lámina de asbesto, puertas y ventanas de herrería

Hábitos higiénicos que practica el usuario en su hogar, especificar: Barrido de piso, tendido de camas, cambio de ropa de casa, lavado de trastes, de ropa, etc.

Contacto con enfermeros infectocontagiosos (si) en caso afirmativo, especificar: pareja sexual reciente (verrugas genitales) aunque refiere no saber que son en realidad

Contacto con animales domésticos (si) en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? Un perro, 4 canarios, 3 gallinas y un gato

Existencia de hacinamiento en el hogar (si) por el número de personas que habitas en el hogar

Existencia de factores de riesgo en la comunidad, hogar y laboral (si) en caso afirmativo especificar ¿Cuáles? Alcoholismo, drogadicción y delincuencia

Percepción del usuario sobre su estado de salud actual, especificar: se siente aliviada por saber que ella y su hija están bien pero no es consiente de la gravedad de las lesiones que presenta.

Interés por su estado de salud (si) en caso negativo, especificar ¿porque? _____

Asistencia a control médico; (si) en caso de ser negativo, especificar ¿por que? Pero no llevó control prenatal adecuado y solo acudió a un dispensario médico por su domicilio el segundo trimestre del embarazo

Tratamiento medico en el hogar, especificar ¿Cuál?

Consumo de Complejo Vitamínico y Ácido Fólico todo el embarazo

Seguimiento del tratamiento médico () en caso de ser negativo especificar ¿por que? No se tuvo adecuado manejo médico

Existencia de la automedicación (si) en caso afirmativo, especificar ¿Cuál?

Uso de anticonceptivos orales sin seguimiento médico, interrumpiendo su uso 1 mes coincidiendo con el inicio del embarazo

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud (si) en caso de ser negativo, especificar ¿por que? Comer bien las tres veces, realizar actividad moderada, aseo diario, pero sin darle importancia a las lesiones de Condilomas

Existencia de toxicomanías (no) en caso afirmativo, especificar ¿cuales?

2.- Patrón Nutricional / metabólico.

Estado Físico Actual				
Peso actual	61. 200		Talla	1.58
Perdida ponderal	3. 200		Glucemia	95
Temperatura corporal	37° C			
Características de:				
- Piel	morena	hidratada	suave	Con acné
- Cabello	largo	negro	hidratado	Escaso
- Uñas	cortas	Sin esmalte	gruesas	Sin hongos
- Mucosa oral	hidratadas	suficientemente		
- Encías	rosadas	íntegras	s/sangre	Aseo
- Lengua	normal	Sin lesiones		
- Labios	delgados	hidratados	pequeños	s/laceracion
- Faringe	Normal	S / inflamación		
- Dentadura	completa	Caries - 4	Aseo	regular
Presencia de:				
-Anorexia	no			
-Nauseas	si	Las primeras horas	Post parto	
-Vómitos	no	Especificar		
-Pirois	no			
-Polifagia	no			
-Polidipsia	si	las primeras horas	de llegar	al servicio
-Regurgitaciones	no			
-Edema	si	Especificar	miembros	Inferiores +
-Crecimiento				
-Heridas	si	Herida abdominal	cesárea	longitudinal
-Infusiones	si	Especificar	Mixta 500	P /4hrs x 2
-Drenajes	no	Especificar		
-Otros	si	Especificar	Lesiones	condilomas

Resultados de estudios de laboratorios y gabinete (registrar fecha): 25 de Abril 2005. Grupo Rh Negativo, Hemoglobina 14gr/dl, TP 13 seg., TTP 28 seg.

Alimentación acostumbrada en el hogar, especificar: consume de todos los alimentos, como base los cereales, verduras y carne de ave, lácteos y granos

Comidas realizadas en el hogar durante el día, especificar: Desayuno - café, leche, pan, guisado; Comida - sopa, o arroz guisado, agua o refresco, fruta, tortilla o bolillo; Cena - café con leche y pan o fruta con cereal

Existencia de problemas con las defensas del organismo () en caso afirmativo, especificar: no tiene clara la respuesta

Existencia de intolerancia alimenticia (no) en caso afirmativo. Especificar:

Aceptación de la dieta prescrita en el hospital (si) en caso negativo especificar ¿por que?

Ingesta de líquidos en 24 horas durante la estancia hospitalaria especificar: de 1 a 1.5 litros después de iniciar la vía oral

Existencia de dificultades relacionadas con la lactancia (si) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? Formación del pezón inadecuada y alejamiento del Recién nacido por seguimiento del tratamiento

3.- Patrón de Eliminación:

Estado Físico actual			
Características de:			
- orina	Clara,	Micción espontánea	
- heces	Firmes	Constipación transitoria	
- peristaltismo intestinal	Presente a la auscultación		
Presencia de:			
- Halitosis	no	- Disuria	no
- Flatulencia	si	- Oliguria	no
- Hemorroides	no	- Poliuria	no
- Masa rectal palpable	no	- Hematuria	no
- Esfuerzo al defecar	si	- Coluria	no
- Constipación	si	- Proteinuria	no
- Urgencia para defecar	no	- Glucosuria	no
- Distensión abdominal	si	- Globo Vesical	si
- Dolor al evacuar	no	- Retención Urinaria	no
		- Sonda de drenaje urinario	no
Otros _____	Especificar _____		

Resultados de estudios de laboratorios y gabinete (registrar fecha):
Biometría Hemática de control; resultados dentro de parámetros normales,
27 /06 /05

Eliminación intestinal habitual. Especificar: De 1 a 2 veces al día sin dolor ni esfuerzo.

Eliminación urinaria habitual, especificar: Al día de 3 a 6 veces de acuerdo a la cantidad de líquido ingerido

Empleo de auxiliares o medicamentos para la defecación (no) en caso afirmativo, especificar: _____ ¿cuáles?

Evacuación en 24 horas durante la hospitalización, especificar: curso las primeras 12 horas en ayuno, posteriormente con constipación transitoria, se auxilia con senósidos y se regulariza paulatinamente con deambulación e Ingesta de líquidos orales

Micciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar: Después de retirar soluciones inicia vía oral con líquidos a libre demanda con micciones de 2 a 4 veces por turno

4.- Patrón Actividad / ejercicio

Estado Físico actual			
Frecuencia cardiaca	84 x min.	Frecuencia del pulso	<input checked="" type="checkbox"/>
Tensión arterial	120/80	Presión venosa central	<input checked="" type="checkbox"/>
Presión arterial media	X	Presión de arteria pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>
Frecuencia respiratoria	20 x min.		
Características de:			
- Pulso	normal	En ritmo y frecuencia	
- Llenado capilar	adecuado	Sin cianosis periférica	
- Ritmo cardiaco	normal	En frecuencia y ritmo	
- Respiración	normal	Sin datos de insuficiencia	
- Secreciones pulmonares	escasas	Se aplican ejercicios respiratorios	
Presencia de:			
- Soplos	<input checked="" type="checkbox"/>	- disnea	<input checked="" type="checkbox"/>
- Distensión venosa yugular	<input checked="" type="checkbox"/>	- aleteo nasal	<input checked="" type="checkbox"/>
- Piel marmórea	<input checked="" type="checkbox"/>	- cianosis	<input checked="" type="checkbox"/>
- Sudoración fría	<input checked="" type="checkbox"/>	- estertores	<input checked="" type="checkbox"/>
- Palpitaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	- Tos	<input checked="" type="checkbox"/>
- Lipotimias	<input checked="" type="checkbox"/>	- tubos respiratorios	<input checked="" type="checkbox"/>
- Vértigos	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Acúfenos	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Fosfénos	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Signo de Hofmann	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Falta de energía	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Malestar y debilidad Con el ejercicio	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Limitaciones para el movimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	Especificar: por cirugía	tipo cesárea
Otros especificar			

Resultados de estudios de laboratorios y gabinete (registrar, fecha):

Biometría Hemática de control; resultados dentro de parámetros normales
27-06-05

Actividades que puede realizar para el autocuidado (alimentación, higiene, funciones de alimentación y vestido) especificar: baño diario, limpieza de herida quirúrgica, lubricación de la piel, peinado, cambio de toalla sanitaria, ingerir la dieta prescrita, mantener periodos de caminata y descanso, ejercicios para la formación del pezón y extracción manual de leche

Deambulación (si) en caso negativo, especificar ¿por qué?

Mantiene adecuada aceptación a caminar constantemente por el corredor

Actividades que realiza para su recreación, especificar: Mantiene comunicación verbal con sus compañeras, lectura de revistas, caminata y ratos para ver la televisión

5- Patrón Reposo / sueño.

Presencia actual de:	
- Cansancio.	si
- Postura de cansancio.	si
- Temblor de manos.	no
- Ojeras.	si
- Párpados inflamados.	no
- Enrojecimiento de conjuntivas.	no
- Bostezos.	si
- Expresión vacía.	no
- Indiferencia.	no
- Confusión.	no
- Falta de concentración.	no
- Habla pausada.	no
- Habla dificultosa.	no
- Irritabilidad.	no
- Otros: Incertidumbre	Especificar: por no estar con su hija

Horas de sueño habituales en 24 horas. Especificar:

De 6 a 8 horas diarias

Prácticas habituales para conciliar el sueño, especificar ¿cuáles?

Sin problemas, en caso de insomnio lee o ve la tele

Existencia de dificultad para conciliar el sueño (no) en caso afirmativo, especificar ¿por que?

Calidad del sueño, especificar: Generalmente reconfortante, en los últimos días del embarazo muy intranquilos y en estos días más normales aunque con la incertidumbre de no tener a su hija con ella

Periodos de descanso durante el día, especificar: por la tarde después de comer, y a partir de las 10 de la noche

Horas de sueño en 24 horas durante la estancia hospitalaria: de 6 a 8 horas interrumpidas por procedimientos del personal de salud durante la noche, y alrededor de 30 minutos durante el día después de la visita

6.- Patrón Cognitivo / perceptual.

Estado Físico y Mental Actual			
Nivel de conciencia	<u>Alerta</u>		
Orientación (persona, tiempo y espacio) especificar	<u>Sabe su nombre, la fecha, sabe donde y por que esta en el Hospital</u>		
Escala de Glasgow	<u>15</u>		
	Presencia de:		
- Crisis Convulsivas	<input checked="" type="checkbox"/>	- Cefalea	<input checked="" type="checkbox"/>
- Midriasis	<input checked="" type="checkbox"/>	- Hiperreflexia	<input checked="" type="checkbox"/>
- Miosis	<input checked="" type="checkbox"/>	- Otros	<input checked="" type="checkbox"/>
- Anisocoria	<input checked="" type="checkbox"/>	especificar	
- Irritabilidad	<input checked="" type="checkbox"/>		
* Dolor	<input checked="" type="checkbox"/> si	especificar	<u>De la Herida quirúrgica</u>
	Problemas con:		
- la memoria	<input checked="" type="checkbox"/>	especificar	
- la concentración	<input checked="" type="checkbox"/>	especificar	
- el razonamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	especificar	

Alteraciones en:			
- Vista	si	especificar	Usa lentes
- Olfato	x	especificar	
- Audición	x	especificar	
- Gusto	si	especificar	No admite demasiado picante
- Equilibrio	x	especificar	
* Presencia de reflejos, especificar ¿cuáles?			Sin datos significativos
*Características del tono muscular, tejidos firmes con flacidez en especificar:			Mamas y abdomen

Características de la información que tiene la usuaria sobre el puerperio y sus cuidados, especificar: tradicionalista, refiere lo enseñado en su círculo sociocultural, la cuarentena, el temascal, el reposo, los alimentos que cortan la leche, etc.

Características de la información que tiene la usuaria sobre su enfermedad y cuidados, especificar: no era consiente de la magnitud de las lesiones en genitales hasta ahora que se le explicó y sobre lo infecciosas que son

Características de la información que tiene la usuaria sobre los cuidados del recién nacido y la lactancia, especificar: se relacionan a las costumbres de su grupo sociocultural, mantenerlo abrigado, no comer determinados alimentos que cortan la leche, usar amuletos para el mal de ojo, etc.

Existencia de capacidad en la usuaria para la toma de decisiones (si) en caso negativo especificar ¿Por qué?

7- Patrón Autoimagen / autoconcepto.

Presencia actual de:			
- Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	si	
- Suspiros	<input checked="" type="checkbox"/>	x	
- Temblores	<input checked="" type="checkbox"/>	x	
- Sentimientos de culpa	<input checked="" type="checkbox"/>	x	
- Apatía	<input checked="" type="checkbox"/>	x	
- Conducta violenta	<input checked="" type="checkbox"/>	x	
			- Dificultad para Relajarse
			- Egocentrismo
			- Ambivalencia
			- Dependencia
			- Indiferencia
			- Otros
			- Especificar

El embarazo fue planeado (no) en caso de ser negativo, especificar ¿cuáles fueron las circunstancias por las que se dio? No tenía pareja estable, se dio por no usar método de planificación familiar constante

Percepción que tiene la usuaria de sí misma, especificar: como madre soltera que cuenta con el apoyo de su familia, pero insegura por lo que debe hacer de ahora en adelante

Aceptación de su imagen corporal con el embarazo; (si) en caso negativo, especificar ¿por que?

Satisfacción en el cumplimiento de su cometido como madre (si) en caso negativo, especificar ¿por qué? Aunque recapacita sobre la falta de una pareja que la apoye

Existencia de preocupaciones (si) en caso afirmativo especificar ¿cuáles? De tipo económico pues no tiene trabajo fijo, la falta de una pareja que la apoye y de la evolución de ella y su hija

Existencia de algún temor (si) en caso afirmativo, especificar ¿a que? A que la Condilomatosis no desaparezca o derive el algo más serio para su vida

Estado de ánimo de la usuaria, especificar: alegre por que su bebé fue niña y estar bien las dos

Existencia de cooperación en los cuidados (**si**) en caso negativo, especificar ¿por qué?

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar:

Establecer un Raport, escucharla, orientarla sobre el cuidado y lactancia de su hija, enseñarla a sacarse la leche para evitar cuadros de fiebre, mantenerla informada de todo procedimiento realizado y apoyarla a la hora de la visita diaria a cuneros

8- Patrón Rol / relaciones.

Presencia Actual de:	
- Dificultad para concentrarse	no
- Cambios en el estado de ánimo	no
- Tristeza	si
- Llanto	no
- Cólera	no
- Dificultad en la participación	no
- Aislamiento	no
- Rememoraciones	si
- Dificultad para la comunicación	no
- Otros	especificar

Existencia de sentimientos de pérdida (**no**) en caso afirmativo, especificar ¿por qué?

Personas con las que convive diariamente, especificar, ¿cuáles?

Madre, padre, hermana , 2 hermanos, cuñado, cuñada 5 sobrinos y abuela materna

Personas significativas para la usuaria, especificar ¿cuáles?

Su familia, su hija y el padre de esta aunque ya no convive con él

Características de la relación con la pareja, especificar:

No tiene pareja estable, es una persona casada con alguien más

Existencia de dificultades en la familia (**si**) en caso afirmativo especificar ¿cuáles?

De tipo económico y de violencia y alcoholismo por parte del cuñado

Dificultades para el cumplimiento del rol (esposa y madre) (**no**) en caso afirmativo especificar ¿cuales?

Personas que dependen de la usuaria, especificar: Sus padres, su hija y un hermano de 7 años

Aceptación de la recién nacida (**si**) en caso negativo, especificar ¿por qué? Y ¿por quién (es)?

Al principio dudó en continuar con el embarazo pues tuvo el rechazo de su familia sin embargo, decidió ser madre soltera y ahora su familia la apoya

Atención de las necesidades del recién nacido (**si**) en caso negativo, especificar ¿por que?

Aunque no al 100% pues la bebe se encuentra en un área aparte de la madre

Existencia de preocupación por el cuidado del recién nacido en el hogar (**si**) en caso afirmativo, especificar ¿las razones?

Es madre primeriza, no sabe el cuidado de un bebe, tiene miedo de tirarla y como acomodarla para amamantarla, y sentir miedo al escucharla llorar y no saber por qué

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar:

Ayudarla a conseguir seguridad y orientarla sobre como cargarla para no lastimarla y como se debe amamantar

9- Patrón Sexualidad / reproducción.

Estado Físico Actual:			
Fondo uterino	<u>6 cm.</u>	Tono uterino	<u>En estado de restitución</u>
Loquios: cantidad y características	<u>Escasos de acuerdo a toalla testigo, de color rojo brillante no fétidos</u>		
Mamas (características)	<u>Simétricas, turgentes, enjurgitadas, secretantes</u>		
Presencia de:			
- Hemorragia transvaginal	<input type="checkbox"/> si	Especificar cantidad	<u>escasa</u>
- Varices vulvares	<input type="checkbox"/> no		
- Congestión mamaria	<input type="checkbox"/> si		
- Heridas quirúrgicas	<input type="checkbox"/> si	especificar	<u>Cesárea</u>
- Otros	<input type="checkbox"/>	especificar	

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Embarazos: <u>1</u>	Partos: <u>ninguno</u>
Cesáreas: <u>1</u>	Abortos: <u>ninguno</u>

Métodos de planificación familiar utilizados, especificar:

Preservativo y pastillas de forma muy inconstante

Deseo de planificar su familia (si) en caso afirmativo, especificar : ¿cómo?

Por el momento con dispositivo intrauterino

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo (si) en caso afirmativo especificar ¿cuáles? Tiene duda de si las lesiones de genitales son contagiosas y de cómo podrá evitar contagiar a su pareja

10.- Patron Afrontamiento / estrés

Presencia actual de:	
Inquietud	<u>si</u>
Tensión muscular	<u>no</u>
Manos húmedas	<u>no</u>
Boca seca	<u>no</u>
Negación del problema	<u>no</u>
Hipersensibilidad a la crítica	<u>no</u>
Conducta manipuladora	<u>no</u>
Autocompasión	<u>no</u>
Conducta Autodestructiva	<u>no</u>
Cambios en el estilo de vida	<u>si</u>

Especificar: pretende ser más consiente de su nuevo rol

Respuesta personal ante una situación causante de estrés, especificar:
Tratar de mantener la calma, y buscar la mejor solución

Las opciones elegidas para tratar situaciones de estrés han sido favorables para la salud si () no () ¿porqué?
No se sabe enferma por algún incidente que le haya causado estrés

Respuesta personal ante el cuidado del recién nacido, especificar:
Una mezcla de alegría, ternura y miedo a las reacciones que presenta la bebe

Respuesta de la pareja ante el cuidado de la paciente, especificar:
La pareja se desentendió de su papel

Respuesta de la familia ante la nueva situación de la paciente, especificar:
De resignación, alegría y preocupación por lo económico

Empleo de técnicas de relajación, en caso negativo especificar ¿por que?
Leer y conversar con alguien que le inspire confianza

Ayuda que la enfermera puede proporcionar a la paciente / familia para afrontar el estrés, especificar:

Escuchar para que puedan exteriorizar sus preocupaciones y angustias ante lo futuro

11.- Patrón Valores / creencias

Actitud religiosa de la usuaria, especificar:

No es muy apegada a la religión

Existencia de conflictos internos sobre creencias, en caso afirmativo, especificar: ¿cuáles?

Mitos y creencias de la usuaria / familia relacionados con el cuidado durante el periodo postoperatorio. especificar:

Refería su temor por el baño diario pues personas allegadas a ella le informaban sobre el daño que hace el mojarse tempranamente

Mitos y creencias de la usuaria / familia relacionados con la rehabilitación y estética después de la intervención, especificar:

Ninguna en especial

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA RECAVACIÓN DE DATOS BAJO MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

◆ **Sujeto:**

Disnea debido a:	No presenta	Tos productiva /seca	Productiva con pocas secreciones
Asociado con la respiración	Si	Fumador	No

Cuando fuma. Cuantos cigarrillos al día / varía la cantidad **NO** según su estado emocional

◆ **Objetivo:**

Registro de signos vitales y características: T.A. 120/80 F.C. 84/min.

Temperatura: 37° c Peso: 61 200kg Talla: 1.58cm

Respiraciones: 20 rep /min Estado de conciencia: consciente

Coloración de piel /lechos ungueales /peribucal: tez morena, área peribucal semihidratada

Circulación del retorno venoso: se encuentra presente con llenado capilar alrededor de los 2 segundos

Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

◆ Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): oral Numero de comidas diarias: 3

Trastornos digestivos: no habitualmente y solo transitoriamente despues de la cirugía

Intolerancias alimentarias / alergias: negado no tiene

Problemas de masticación y deglución: negado

Patrones de ejercicio: caminar

◆ Objetivo:

Turgencia de la piel: hidratada

Membranas mucosas /hidratadas /secas: labios hidratados/mucosas orales semihidratadas

Características de uñas / cabello: cabello oscuro largo, hidratado y fino, uñas gruesas no quebradizas

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: normal

Aspectos de los dientes y encías: amarillos, con proceso de caries en cuatro molares

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: en abdomen por la actual cirugía

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

◆ Subjetivo:

Hábitos intestinales: evacua de 1 a 2 veces al día

Características de las heces, orina y menstruación: orina clara con olor característico, heces compactas, menstruación normal en cantidad y tiempo

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: no

Uso de laxantes: no Hemorroides: no

Dolor al defecar / menstruar / orinar: al menstruar, tipo cólico

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: cuando esta nerviosa o estresada tiene más ganas de ir al baño a miccionar

◆ Objetivo:

Abdomen características: globoso

Ruidos intestinales: peristalsis presente con dolor a la palpación

Palpación de la vejiga urinaria: globo vesical

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

◆ Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: se adapta fácilmente

Ejercicio / tipo y frecuencia: camina todos los días

Temperatura ambiental que le es agradable: templado

◆ **Objetivo:**

Características de la piel: piel hidratada con poca palidez de tegumentos

Transpiración: normal

Condiciones del entorno físico: adecuadas con buena ventilación e iluminación

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

◆ **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: es dinámica y segura un poco debil tras la cirugía

Actividad en el tiempo libre: caminar

Hábitos de descanso: ver la TV, escuchar música o leer

Hábitos de trabajo: trabajadora doméstica de 8:00 a 16: 00 horas

◆ **Objetivo:**

Estado del sistema musculoesquelético. Fuerza: fuerte

Capacidad muscular, tono / resistencia /flexibilidad: firme

Postura: en ocasiones se cansa de estar mucho tiempo parada o cuando la limpieza se prolongó

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: no necesita a yuda

Dolor con el movimiento: moderado Presencia de temblores: no
Estado de conciencia: consciente
Estado emocional: nerviosa, insegura, con temor por el estado de salud del recién nacido

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

◆ **Subjetivo:**

Hora de descanso: después del trabajo

Horario de sueño: de 10:00 pm a 5:00 am

Horas de descanso: entre las 10:00 a 10:30 am y de 17 a 22 hrs

Horas de sueño: 7 horas

Siesta: no Ayudas: no Insomnio: no

Debido a: negado Descanzado al levantarse: si

◆ **Objetivo:**

Estado mental / ansiedad / estrés / lenguaje: insegura y nerviosa por las condiciones de su nuevo estado

Ojeras: si Atención: si Bostezos: si Concentración: buena

Apatía: no Cefalea: no Respuesta a estímulos: si

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

◆ Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la elección de sus prendas de vestir: no

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no

◆ Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: si aunque por el momento se ve limitada por las molestias normales de la intervención quirúrgica

VESTIDO

Incompleto: nunca Sucio: no intencionalmente Inadecuado: no

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

◆ Subjetivo:

Frecuencia del baño: diario

Momentos preferidos para el baño: en las mañanas

Cuántas veces se lava los dientes al día: tres veces al día

Aseo de manos antes y después de comer: si, diario

Después de eliminar: si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:
no

◆ **Objetivo:**

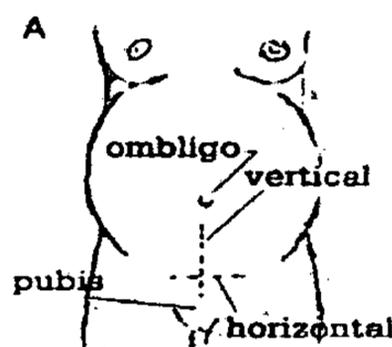
Aspecto general: limpia, cansada pero firme

Olor corporal: olor higiénico pero característico de su estado actual

Halitosis: no presente Estado del cuero cabelludo: hidratado

Lesiones dérmicas tipo: herida quirúrgica en abdomen por cirugía, ninguna otra anterior

Otros: _____



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

◆ **Subjetivo:**

Que miembros componen la familia de pertenencia: madre, padre, dos hermanos, cuñada, cuñado, cinco sobrinos y abuela materna

Como reacciona ante situaciones de urgencia: nerviosa, se moviliza a los hospitales que identifica cerca de su casa o trabajo

Conoce las medidas de prevención de accidentes

Hogar: si

Trabajo: si

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: no

Familiares: a veces

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: preocupada

◆ **Objetivo:**

Deformidades congénitas: ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: de integración aunque ha tenido episodios de violencia ocasionales por parte del comportamiento alcohólico del esposo de su hermana

Trabajo: Buena comunicación y confianza

Otros: _____

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

◆ **Subjetivo:**

Estado civil: madre soltera

Años de relación: 1 año

Vive con: su familia

Preocupaciones / estrés: si por su nueva situación

Familia: si

Otras personas que puedan ayudar: familiares

Rol en estructura familiar: segunda de tres hermanos

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: si

Cuanto tiempo pasa solo: no mucho solo cuando llega más tarde de lo normal

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: si

◆ **Objetivo:**

Habla claro: si Confusa: no Dificultad visual: si, usa lentes Audición: no

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: verbal y con gestos o ademanes reconocidos entre su familia amigos o patronos

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

◆ **Subjetivo:**

Creencias religiosa: católica aunque no la practique frecuentemente

Sus creencias religiosas le genera conflictos personales: no

Principales valores en la familia: responsabilidad, trabajo, unión

Principales valores personales: Respetuosa, amigable, honrada, responsable

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si

◆ **Objetivo:**

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): no, como se viste toda la gente

Permite el contacto físico: si

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: si, una imagen del santo protector

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

◆ Subjetivo:

Trabaja actualmente: si Tipo de trabajo: trabajadora doméstica

Riesgos: moderados

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 8 horas

Esta satisfecho con su trabajo: si

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas: si

Está satisfecha (o) con el rol familiar que juega: si

◆ Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Calmada, inquieta y un poco temerosa

Otros: Alegre por su bebé

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

◆ Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: leer, ir al cine, ir a reuniones, ver la TV, caminar

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

Recursos en su comunidad para la recreación: si

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no

◆ **Objetivo:**

Integridad del sistema neuromuscular: sin problema

Rechazo a las actividades recreativas: en ocasiones

Estado de ánimo; apático, aburrido, participativo: generalmente participativo pero en ocasiones apático cuando no estoy de humor

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

◆ **Subjetivo:**

Nivel de educación: secundaria completa

Problemas de aprendizaje: no

Limitaciones cognitivas: no

Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: leer

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

Sabe como usar esas fuentes de apoyo: poco

Interés del aprendizaje para resolver problemas de salud: buenos

◆ **Objetivos.**

Estado del sistema nervioso: controlado y normal

Órganos de los sentidos: desarrollados

Estado emocional: ansiedad, dolor: tiene dolor leve y se nota ansiosa y preocupada

Memoria reciente: si se acuerda de lo que hizo dos días atrás

Memoria remota: en ocasiones vacila o no se acuerda

DATOS SIGNIFICATIVOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Tos productiva con escasas secreciones sin dador de dificultad respiratoria, niega fumar, a la auscultación estertores apenas perceptibles. Constantes vitales dentro de parámetros normales, adecuado llenado capilar sin datos de insuficiencia circulatoria.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Mantiene dieta oral, cotidianamente tres veces al día, no refiere problemas con ningún tipo de alimento, sin problemas digestivos habituales y solo constipación transitoria por parto. Piel adecuadamente hidratada, dentadura completa con datos de caries sin tratamiento, herida quirúrgica limpia secretando material sanguinolento escaso.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Evacuaciones y orina con características normales sin dolor o dificultad alguna, no recurre cotidianamente a laxantes, durante la exploración física presenta abdomen globoso, peristalsis presente y globo vesical.

4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Ligera palidez de tegumentos, hidratada, su estancia en lugar limpio e iluminado sin presentar fluctuaciones anormales de temperatura; prefiere lugares templados.

5.- NECESIDAD DE MONERSE MANTENER UNA BUENA POSTURA

Habitualmente activa, realiza caminata, con marcha firme, horario laboral establecido y descansos entre sus actividades. Durante su estancia hospitalaria deambula despacio sin requerir ayuda. Refiere dolor moderado al realizar actividad.

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño normales de buena calidad de descanso, presenta ojerar y vostezos esporádicos, controlada en su estado emocional.

7.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

No presenta problemas habituales en su forma de vestir, durante su estancia mantiene la vestimenta implementada en la institución. Se advierte ligera limitación al vestirse ella misma.

8.- NECESIDADV DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Buenos hábitos higiénicos, mantiene aspecto limpio y pulcro, sin malos olores; realiza eceptable aseo de herida quirúrgica.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Comparte vivienda semiurbana (con todos los servicios) con 12 personas, con adecuada reacción a situaciones de urgencia; familiarizada con medidas preventivas en hogar y trabajo. Observador directa de episodios ocasionales de violencia intrafamiliar.

Sin deformidades congénicas.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Sin relación estable, afronta la maternidad sin el apoyo de una pareja; apoyo familiar, generalmente acompañada la mayor parte del día; mantiene buena interrelación social durante su estancia.

Requiere de anteojos la mayor parte del día.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Católica, niega restricciones en su vida por parte de creencias religiosas. con buena escala de valores personales y familiares. Satisfecha en el desempeño de su rol.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Cuenta con trabajo fijo como trabajadora doméstica con horario y remuneración establecidos por la ley; suficientes para subsanar sus gastos.

Mantiene buena actitud en su desempeño laboral.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PRACTICAR ACTIVIDADES RECREATIVAS

Mantiene actividades recreativas regularmente; generalmente le gusta participar y convivir en grupo, cuenta con recursos adecuados para la recreación en su comunidad. El estado de estrés durante su estancia limita el cumplimiento de esta necesidad.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Sabe leer y escribir, escolaridad secundaria por decisión propia no continuó su preparación; posee buena memoria y capacidad de percepción. Con disposición para el aprendizaje de medidas preventivas de salud y cuidados del recién nacido. Refiere dolor soportable y se nota angustiada.

CONCLUSIONES DE DATOS

A l realizarse Historia clínica se encuentran antecedentes heredo familiares de Diabetes Mellitus por rama paterna, antecedentes personales patológicos graves negados; primigesta sin adecuado control prenatal.

Se valora estado de ansiedad relacionado con el estado de salud del recién nacido y la incertidumbre en el desempeño de su papel como madre soltera. Preocupa el hecho de saberse afectada con una enfermedad de transmisión sexual.

Refiere dolor moderado con seguimiento establecido en el servicio, se observa ligera limitación en el movimiento.

A la exploración, presente episodios de tos sin que se observen datos de insuficiencia respiratoria, mamas enjurgitadas con lactogenesis presente aún sin secretar. Se vigilan las condiciones generales de la herida quirúrgica debido al riesgo de complicaciones, involución uterina conforme a lo esperado, cursa con estreñimiento transitorio que requiere tratamiento médico y observación, sangrado transvaginal con loquios moderados sin características adversas.

Se encuentran datos de Condilomas en entrepiernas y vulva, se mantienen las medidas de precaución establecidas en el servicio y se da prioridad al seguimiento postparto dejando su tratamiento para un momento posterior de manera ambulatoria

PLANES

DE

CUIDADO

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Abril - 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Ansiedad relacionada con la amenaza de cambios en el estado de salud manifestado por angustia y nerviosismo	Disminución de la ansiedad a través de intervenciones que motiven la aceptación del estado actual de salud	<p>Explicar la evolución de la enfermedad y la de los procedimientos realizados en todo momento</p> <p>Brindar apoyo emocional y escuchar</p> <p>Establecer una comunicación adecuada y la implementación de un report</p> <p>Implementación de una terapia ocupacional sencilla</p> <p>Favorecer un ambiente cordial y agradable</p> <p>Favorecer la interrelación con compañeras propiciando intercambio de experiencias</p>	<p>El nerviosismo disminuye conociendo de antemano los resultados que pueden ocurrir</p> <p>Al escuchar a la usuaria permitimos que manifieste sus sentimientos con lo que reduce el componente emotivo del dolor</p> <p>Una comunicación acertiva y oportuna permite iniciar las respuestas tempranas de afrontamiento</p> <p>El ocuparse de determinada tarea permite disminuir la tensión existente</p> <p>El intercambio de experiencias disminuye el miedo y la tensión</p>	Disminución paulatina del estado de ansiedad en la paciente

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Abril - 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Alteración de la función respiratoria relacionada con episodios de tos productiva	Disminuir los episodios de tos productiva mediante la aplicación de medidas terapéuticas evitando mayores riesgos de salud a la paciente	<p>Explicar sobre los procedimientos a realizar en todo momento</p> <p>Mantener un ambiente templado evitando corrientes de aire</p> <p>Proporcionar la vestimenta necesaria para evitar disminución de la temperatura corporal</p> <p>Favorecer la ingesta de líquidos para favorecer la expectoración</p> <p>Aplicación de ejercicios respiratorios que ayuden al fortalecimiento de las vías respiratorias bajas</p> <p>Aplicación de palmopercusión una vez en el turno</p> <p>Valorar las características de las secreciones y ruidos pulmonares</p>	<p>El mantener una comunicación constante permite una mayor integración enfermera - paciente</p> <p>Contar con prendas adecuadas, proporciona a la paciente barreras de protección contra cambios climáticos</p> <p>Los líquidos permiten el reblandecimiento de la mucosa alveolar facilitando su expectoración</p> <p>Los ejercicios respiratorios permiten una mejor expansión pulmonar facilitando la salida de secreciones y mejorando el intercambio gaseoso</p> <p>El seguimiento estrecho permite disminuir los riesgos potenciales a la salud y ofrece una evaluación de las actividades implementadas</p>	Disminución progresiva de los episodios de tos y evitar complicaciones a la paciente

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Abril - 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Estreñimiento transitorio relacionado con los cambios fisiológicos normales posteriores al trabajo de parto y factores farmacológicos	Aplicación de medidas establecidas de tratamiento para la restitución de la función de eliminación intestinal en el menor tiempo posible	<p>Valorar la intensidad del problema</p> <p>Proporcionar un ambiente tranquilo e íntimo que permita mayor comodidad para la eliminación</p> <p>Fomentar la actividad física de acuerdo al nivel de tolerancia de la paciente</p> <p>Fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibra y abundantes líquidos</p> <p>iniciar tratamiento farmacológico prescrito</p>	<p>La valoración del estado actual del paciente permite la planeación de las actividades necesarias para limitar el daño</p> <p>Un ambiente confortable favorece la intimidad del individuo</p> <p>La actividad física permite el reacomodo de los intestinos y la motilidad del mismo</p> <p>La ingesta de líquidos y fibra, permiten el reblandecimiento y expulsión de la materia fecal del organismo</p> <p>La administración de los fármacos auxiliares de la defecación, limitan los riesgos potenciales de salud evitando incomodidad a la paciente</p>	Reestablecimiento progresivo de la función de eliminación de la paciente evitando complicaciones.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Abril - 2005

N° DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Dolor secundario a cirugía prolongada manifestado de forma verbal	<p>Aplicación de la terapéutica paliativa del dolor</p> <p>Disminución del dolor por parte de la paciente</p>	<p>Valorar la ubicación e intensidad del dolor</p> <p>Valorar el estado emocional de la usuaria</p> <p>Mantener a la paciente en reposo relativo</p> <p>Supervisar el adecuado uso de los analgésicos a los cuales tiene acceso</p> <p>Disminuir el estrés de la paciente con una charla activa para relajarla</p>	<p>La valoración de la paciente nos permite estimar las acciones a realizar posteriores al procedimiento para determinar el umbral del dolor</p> <p>La respuesta al dolor depende de la idiosincrasia de cada persona</p> <p>La administración de analgesia controlada alivia el dolor y permite el desarrollo normal de las actividades diarias de la paciente</p> <p>El reposo disminuye las sensaciones de malestar que provienen de la zona expuesta al tratamiento.</p> <p>Al escuchar a la usuaria permitimos que manifieste sus sentimientos con lo que se reduce el componente emotivo del dolor</p>	<p>Disminución del dolor por parte de la paciente mediante la administración de la analgesia prescrita y el uso de terapia de relajación grupal</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Mayo - 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<p>Riesgo de infección relacionado con la pérdida de la continuidad de los tejidos</p>	<p>Aplicación de medidas preventivas por parte del personal multidisciplinario de salud. Disminuir los factores de riesgo para la infección del área tratada</p>	<p>Informar a la paciente sobre los datos de infección que pueden presentarse (fiebre, sangrado, mal olor, dolor de cabeza) Informar a la paciente sobre los cuidados higiénicos que debe tener. Orientar a la paciente sobre el cuidado de su dieta diaria Informar la limitación de actividad física y el porqué para ello Reafirmar los horarios y dosis indicadas de antibióticos prescritos por el médico Evaluar el entendimiento de las indicaciones dadas a la paciente</p>	<p>El informe oportuno sobre la presencia de signos de infección permite evitar mayores complicaciones La educación es la base para que se sigan determinados patrones de conducta que resulten benéficos para la salud El baño permite el arrastre mecánico de microorganismos patógenos además de proporcionar bienestar El consumo de alimentos adecuados evita estados de debilidad (inmunosupresión) del organismo El uso de antibióticos en hora y dosis correcta evita las infecciones El seguimiento adecuado de las indicaciones permite cumplir con las metas establecidas</p>	<p>Disminución oportuna de los riesgos de infección de herida quirúrgica en la paciente</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Mayo - 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Déficit de los cuidados personales relacionados con la limitación del movimiento secundario a cirugía.	<p>Aplicación de medidas que favorezcan y permitan a la paciente reiniciar su vida diaria por parte del personal multidisciplinario de salud</p> <p>Evitar la movilidad deficiente y lograr las consecutivas habilidades en el menor tiempo posible</p>	<p>Fomentar la participación activa de la paciente en la atención postoperatoria</p> <p>Fomentar la socialización de la paciente con otras personas que se han recuperado con éxito en circunstancias similares</p> <p>Implementar un programa de ejercicios de acuerdo a los niveles de tolerancia y comodidad</p> <p>Orientar sobre como realizar una adecuada mecánica corporal</p> <p>Proporcionar refuerzo positivo cuando la paciente presente ingenio y creatividad en su arreglo personal</p>	<p>La participación activa de la persona enferma fomenta y facilita su proceso de recuperación</p> <p>Las personas progresan más efectivamente cuando son capaces de identificarse con otros miembros de la sociedad</p> <p>El bienestar psicológico complementa los efectos de una salud física óptima</p> <p>Una adecuada alineación corporal evita deformaciones del sistema músculo - esquelético</p> <p>El cambio constante de posiciones del cuerpo evita roces excesivos de la piel y tejidos</p>	<p>Reincorporación paulatina de la paciente a su vida diaria de forma total sin deficiencias significativas</p>

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Mayo - 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Riesgo de Baja Autoestima relacionada con la alteración de la imagen corporal secundaria a enfermedad	Implementación de medidas relajantes y de apoyo emocional Adaptación Psico-emocional y aceptación de un cambio de vida	Establecer una comunicación adecuada, y la implementación de un raport Brindar apoyo emocional Favorecer la percepción de la imagen corporal de la paciente Fomentar la integración y convivencia de la familia Aplicación de técnicas de relajación Modificación de conductas y hábitos Implementar grupos multidisciplinarios de ayuda Buscar grupos de personas que sufran el mismo problema	Una comunicación asertiva y oportuna permite iniciar las respuestas de afrontamiento de forma temprana El mantenimiento del área emocional favorece el pronto restablecimiento de la paciente a su vida normal. El fomentar el acicalamiento y arreglo personal da mayor seguridad El apoyo familiar en los momentos difíciles, mitiga los problemas La música, los aromas o la lectura disminuyen el estrés. La colaboración de las diferentes áreas de atención favorecen las acciones a implementarse. El compartir experiencias y problemáticas permite mitigar el temor	Aumento de la autoestima en la paciente limitando las posteriores complicaciones de una depresión

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Mayo 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Disfunción sexual relacionada con la presencia de limitaciones reales, secundarias a la presencia de enfermedad contagiosa	Aplicación de medidas de tratamiento específico para la limitación del daño causado por la enfermedad Control del riesgo	Explicar la evolución y complicaciones de la enfermedad Establecer una comunicación adecuada y la implementación de un raport Brindar apoyo emocional Implementar un modelo de enseñanza sobre sexo seguro Aplicación de guías de aseo personal y de las lesiones Favorecer la concientización de la persona Asesorar sobre la identificación de los riesgos	El grado de nerviosismo disminuye conociendo de antemano los resultados que pueden ocurrir Una comunicación asertiva y oportuna permite iniciar las respuestas de afrontamiento de forma temprana El uso de auxiliares visuales proporcionan gran apoyo en la implementación de los modelos educativos La prevención disminuye la propagación de enfermedades sexuales entre las parejas El aseo personal reduce los riesgos de complicaciones y propagación de las lesiones La introspección del conocimiento brinda seguridad de afrontamiento a los problemas de salud que se presentan	Control del riesgo mediante la concientización de limitar el daño y posibles complicaciones en el futuro al reiniciar vida sexual activa

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: N. A. V.

SERVICIO: Puerperio Complicado

EDAD: 20 Años

SEXO: Femenino

FECHA: Mayo 2005

Nº DE CAMA: 305

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Interrupción de la Lactancia Materna relacionada con tratamiento materno y del Recién Nacido	Disminución de complicaciones posteriores a la patología inicial. Inicio de la Lactancia Materna y alta en el menor tiempo posible	<p>Valorar la presencia de Lactogénesis y las características físicas de las mamas</p> <p>Orientar a la paciente sobre terapia manual para la extracción de leche</p> <p>Aplicación de medios físicos sobre la mama para evitar inflamación y dolor local</p> <p>Vigilar temperatura corporal</p> <p>Administración de antipiréticos en caso necesario</p> <p>Pedir apoyo a la clínica de LM en caso necesario</p> <p>Confirmar con el médico la naturaleza del tratamiento</p> <p>Explicar los tiempos de que consta el tratamiento</p>	<p>La valoración permite planificar acciones a seguir</p> <p>La formación de leche es a consecuencia de la acción hormonal incrementada después del parto</p> <p>Cuando no es posible el amamantamiento es necesario evitar la formación de quistes lácteos</p> <p>La aplicación de calor local disminuye el edema y proporciona descanso al área afectada</p> <p>La comunicación asertiva apoya el tratamiento a seguir</p> <p>El apoyo del equipo multidisciplinario de salud permite dar una atención de calidad</p> <p>Establecer la base de un plan terapéutico en colaboración evita que la paciente escuche información conflictiva</p> <p>El aumento de temperatura permite valorar la presencia de alteraciones en el organismo</p>	Se da de alta a la paciente en el tiempo previsto junto con la recién nacida y el establecimiento de la alimentación al seno materno sin daño agregado.

CONCLUSIONES DEL CASO

A lo largo de nuestra intervención, se recogen aspectos que de acuerdo a nuestra valoración inicial y a el razonamiento aplicado, fueron las más importantes de tratar durante la estancia de la paciente.

Un aspecto que permitió la participación activa de la paciente, es la confianza alcanzada para a sí disminuir notablemente su estrés y estado de ansiedad ocasionando su interés, y despertando su ancia de conocimiento para afrontar acertivamente el reto de ser madre.

Se aprecia la disminución paulatina de los episodios de tos y el estreñimiento transitorio que resultan del tipo de intervención a la que fue sometida sin la necesidad de prolongar los tratamientos médicos y evitando mayores atrasos en su evolución y porterior alta del servicio.

A pesar de que pudimos realizar nuestros intervenciones, como en todo proceso, se encontraron revaloraciones constantes de nuestros planteamientos iniciales, los cuales salen de nuestro control como el tiempo, las otras actividades o las limitaciones de recursos y personal.

Otro aspecto que fue limitante es el hecho de que no se pudo dar seguimiento adecuado al recién nacido y un mayor tratamiento a la infección de trasmisión sexual por ser prioritaria nuestra atención en el seguimiento porstpato de la mujer

Sin embargo, la paciente pudo poner en claro las dudas que mantenía sobre lo que son realmente las infecciones por transmisión sexual y lo grave que resulta no mantener las medidas preventivas necesarias para frenar su propagación, además, la educación sobre los cuidados del recién nacido y la importancia de la lactancia materna favorecerán un estado óptimo de crecimiento y desarrollo del bebe.

PLAN DE ALTA

El cuidado de la paciente y del recién nacido correrá a cargo de ella misma y de la cooperación de la familia. Los aspectos en los que se da mayor énfasis durante el seguimiento en el hogar es el cuidado de la herida quirúrgica; para ello, se enseña a identificar datos sospechosos de infección como son el cambio de coloración, calor local, salida de secreción, dolor tipo punzante.

Se explica sobre las ventajas de la aplicación de vendaje abdominal y se demuestra como realizarlo.

Un factor imprescindible es que la paciente sea consciente de la importancia de la limpieza corporal sobre todo del área genital y las medidas de precaución a seguir para evitar contagios.

Se hace hincapié en la importancia que tiene la alimentación en su restablecimiento y en la mejor calidad de leche que ofrezca a su bebé; para ello, se ejemplifica los tipos de alimentos que puede consumir libremente y cuales son los que debe moderar.

Se pone en acción el trabajo de convencimiento sobre la aceptación de la alimentación exclusiva al seno materno y sus beneficios, se explican las diferentes posiciones de amamantamiento para que con ello le sea menos desgastante.

Se pide apoyo a la familia para supervisar la correcta administración de los medicamentos prescritos mediante el uso de un registro semanal durante el tiempo que dure el tratamiento.

Para la valoración posterior de este plan de alta, se cita a la paciente 5 días hábiles después de su egreso para:

- Ⓒ Realizar entrevista para valorar el estado de salud actual de la paciente y el recién nacido; toma de constantes vitales, peso y talla.
- Ⓒ Retiro de Puntos.
- Ⓒ Corroborar los registros de medicamentos – dosis, frecuencia y tipo de fármaco.
- Ⓒ Valoración de la técnica de vendaje abdominal
- Ⓒ Realizar exploración física detallada de mamas, herida quirúrgica y las características de las lesiones de condilomas en genitales.
- Ⓒ Se valoran los cambios anatómo - fisiológicas esperados en el puerperio como son la cantidad y características del sangrado transvaginal (color, olor), involución uterina, alteraciones en las capacidades de eliminación urinaria e intestinal.

Nota:

Por políticas de la institución no es posible realizar una valoración completa del recién nacido de manera intrahospitalaria por lo que se implementa una breve inspección del mismo en la fecha seleccionada para el retiro de puntos de la madre.

No se observan problemas graves en el bebé.

Es canalizado para su seguimiento al centro de salud más cercano a su domicilio.

CONCLUSIONES DEL CASO

A lo largo de nuestra intervención, se recogen aspectos que de acuerdo a nuestra valoración inicial y a el razonamiento aplicado fueron las más importantes de tratar durante la estancia de la paciente.

Un aspecto que permitió la participación activa de la paciente, es la confianza alcanzada para a sí disminuir notablemente su estrés y estado de ansiedad ocasionando su interés, y despertando su ancia de conocimiento para afrontar acertivamente el reto de ser madre.

Se aprecia la disminución paulatina de los episodios de tos y el estreñimiento transitorio que resultan del tipo de intervención a la que fue sometida sin la necesidad de prolongar los tratamientos médicos y evitando mayores atrasos en su evolución y porterior alta del servicio.

A pesar de que pudimos realizar nuestros intervenciones, como en todo proceso, se encontraron revaloraciones constantes de nuestros planteamientos iniciales, los cuales salen de nuestro control como el tiempo, las otras actividades o las limitaciones de recursos y personal.

Otro aspecto que fue limitante es el hecho de que no se pudo dar seguimiento adecuado al recién nacido y un mayor tratamiento a la infección de trasmisión sexual por ser prioritaria nuestra atención en el seguimiento porstpatato de la mujer

Sin embargo, la paciente pudo poner en claro las dudas que mantenía sobre lo que son realmente las infecciones por transmisión sexual y lo grave que resulta no mantener las medidas preventivas necesarias para frenar su propagación, además, la educación sobre los cuidados del recién nacido y la importancia de la lactancia materna favorecerán un estado óptimo de crecimiento y desarrollo del bebe.

PLAN DE ALTA

El cuidado de la paciente y del recién nacido correrá a cargo de ella misma y de la cooperación de la familia. Los aspectos en los que se da mayor énfasis durante el seguimiento en el hogar es el cuidado de la herida quirúrgica; para ello, se enseña a identificar datos sospechosos de infección como son el cambio de coloración, calor local, salida de secreción, dolor tipo punzante.

Se explica sobre las ventajas de la aplicación de vendaje abdominal y se demuestra como realizarlo.

Un factor imprescindible es que la paciente sea consciente de la importancia de la limpieza corporal sobre todo del área genital y las medidas de precaución a seguir para evitar contagios.

Se hace hincapié en la importancia que tiene la alimentación en su restablecimiento y en la mejor calidad de leche que ofrezca a su bebé; para ello, se ejemplifica los tipos de alimentos que puede consumir libremente y cuales son los que debe moderar.

Se pone en acción el trabajo de convencimiento sobre la aceptación de la alimentación exclusiva al seno materno y sus beneficios, se explican las diferentes posiciones de amamantamiento para que con ello le sea menos desgastante.

Se pide apoyo a la familia para supervisar la correcta administración de los medicamentos prescritos mediante el uso de un registro semanal durante el tiempo que dure el tratamiento.

Para la valoración posterior de este plan de alta, se cita a la paciente 5 días hábiles después de su egreso para:

- Ⓢ Realizar entrevista para valorar el estado de salud actual de la paciente y el recién nacido; toma de constantes vitales, peso y talla.
- Ⓢ Retiro de Puntos.
- Ⓢ Corroborar los registros de medicamentos – dosis, frecuencia y tipo de fármaco.
- Ⓢ Valoración de la técnica de vendaje abdominal
- Ⓢ Realizar exploración física detallada de mamas, herida quirúrgica y las características de las lesiones de condilomas en genitales.
- Ⓢ Se valoran los cambios anatómo - fisiológicos esperados en el puerperio como son la cantidad y características del sangrado transvaginal (color, olor), involución uterina, alteraciones en las capacidades de eliminación urinaria e intestinal.

Nota:

Por políticas de la institución no es posible realizar una valoración completa del recién nacido de manera intrahospitalaria por lo que se implementa una breve inspección del mismo en la fecha seleccionada para el retiro de puntos de la madre.

No se observan problemas graves en el bebé.

Es canalizado para su seguimiento al centro de salud más cercano a su domicilio.

PRONÓSTICO

De acuerdo a los resultados obtenidos en el seguimiento de este caso, y después de valorar todos los posibles factores de riesgo externos a la institución Hospitalaria en los cuales se encontrará envuelta la paciente, y el recién nacido, se determina:

Un buen pronóstico para el binomio madre – hijo

A expensas claro está de la continuidad del seguimiento y tratamiento multidisciplinario de la patología por Condilomatosis que se deja en espera debido al embarazo y el puerperio mediato no sin dar de alta a la usuaria con las especificaciones necesarias para su posterior atención en la unidad y plantear un nuevo Proceso Enfermero específicamente para este problema.

CONCLUSIONES

GENERALES

Con lo expuesto a lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación, retomamos el obstáculo principal que enfrenta el desarrollo pleno de nuestra profesión, lo cual resulta de la carencia de un documento reconocido y estandarizado con el cual el profesional pueda validar las acciones que realiza durante la atención al individuo, familia o comunidad.

Si bien es cierto esto no es reciente, ha sido tema de debate entre los estuduisas(os) de enfermería. La actualidad en la cual nos sumergimos nos obliga a que en nuestro país se busque la manera de unificar los criterios con los cuales se validen las actividades propias de la profesión para así mismo poder ser reconocidas plenamente como parte fundamental en el desarrollo social al cual pertenecemos.

Así, se hace patente que como parte de la preparación profesional que se adquiere en las aulas de las instituciones educativas de enfermería, se estimule y difunda entre los estudiantes la búsqueda de alternativas reales y accesibles para poder dar cuerpo y forma a los instrumentos oficiales necesario en la implementación de las diferentes intervenciones intrahospitalarias las cuales son un impedimento constante en el logro de la autonomía plena de nuestra profesión.

GLOSARIO

DE

TÉRMINOS

GLOSARIO

A

Acúfenos: sensación auditiva de sonido sin estímulo.

Anisocoria: diferencia en el tamaño de las pupilas de los ojos.

Asertividad: modo de comportamiento caracterizado por una declaración de confianza en sí mismo o afirmación de algo sin necesidad de mostrar pruebas.

C

Cápside: cubierta de proteína que protege el ácido nucleico de un virus, está compuesta por unidades estructurales llamadas capsómeras.

Cianosis: coloración azul de la piel y membranas mucosas, se debe a altas concentraciones de hemoglobina reducida en la sangre.

D

Disuria: disminución de la capacidad de formación y eliminación de orina, de forma que los productos finales del metabolismo no pueden ser excretados eficientemente.

E

Epitelio: recubrimiento celular de las superficies internas y externas del cuerpo, incluyendo vasos y otras cavidades pequeñas. Costa de células unidas y pequeñas cantidades de sustancias adheridas. El epitelio se clasifica en varios tipos según el número de capas y la forma de las células superficiales

Estertores: sonido respiratorio que se escucha a la auscultación y que indica algún trastorno patológico.

F

Fosfenos: sensación visual objetiva que se presenta con los ojos cerrados y en ausencia de estimulación visual por la luz.

Flatulencia: Resultado de la disminución de la motilidad gastrointestinal, lo que origina vaciado lento, y de la compresión del intestino grueso por el útero en crecimiento.

H

Hematuria: presencia de glóbulos rojos en la orina.

Hemorroides: dilatación de la venas que rodean el extremo distal del recto y el ano. En las embarazadas es usual que resulten del esfuerzo al defecar con estreñimiento y la compresión que ejerce el útero ocupado.

L

Lipotimia: pérdida temporal de la visión y la conciencia momentánea causadas por disminución de riego sanguíneo a las células cerebrales.

Loquios: secreción uterina producida de 2 a 4 semanas después del parto, esta compuesta principalmente de sangre y posteriormente de líquido seroso procedente del lugar de formación de la placenta.

M

Modelo: respuesta esquemática de algún aspecto de la realidad

O

Oncogénesis: producción o formación de tumores.

P

Papovavirus: grupo de virus DNA relativamente pequeños y resistentes al éter; incluyen al virus del papiloma humano y polioma, muchos de los cuales son oncógenos.

Presentación: parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, el cual es de tamaño suficiente para llenarla y que siga el mecanismo de trabajo de parto bien definido. Tipos cefálica y pélvica.

S

Serotipo: tipo de microorganismo determinado por sus constituyentes antígenos, o una subdivisión taxonómica basada en ellos.

Somatometría: medición de las dimensiones de la totalidad del cuerpo (peso, talla, perímetro abdominal, perímetro cefálico, pliegues)

V

Vértigo: sensación de giro o movimiento alrededor de la persona o esta gira en el espacio.

BIBLIOGRAFÍA

-
- BENSON C. Ralph, Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobstetricos, 5° ed. México D.F., Manual Moderno, s.f.
- CABERO ROURA, Luis y colaboradores, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, t.1, Buenos Aires Argentina, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, s.e. 2004
- CAMARILLO SOLIS, Ma. Cruz, Proceso Atención de Enfermería aplicado a una paciente femenina con 36.2 SDG. Con amenaza de parto prematuro, pródromos de trabajo de parto y RPM, México D.F., ENEO – UNAM, s.f.
- CUNNINGHAM F. Gary, et al., Williams. Obstetricia, 21ª ed. Madrid España, Panamericana editores, 2003
- GARCÍA GONZÁLEZ, Ma. de Jesús, El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de Enfermería, México, Progreso S.A. 1997
- GONZÁLES MERLO, J. et al., Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Ginecología, México D.F., Salvat editores, 1992
- GORDON Marjory et al., Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001 – 2002, 1° ed. trad. de Ma. Teresa Luis Rodrigo, Barcelona España, Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, Elsevier Science, 2001
- HOSPITAL de la Mujer. Manual de Procedimientos del Puerperio Complicado, México, s.e. 2004
- JOHNSON, Marion, et al., Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC, 1° ed. Madrid España Centro para la clasificación de Enfermería de la Universidad de Iowa. Colegio de Enfermería, Harcourt, 2001

-
- MONDRAGÓN CASTRO, Héctor. Gineco-Obstetricia. De la Niñez a la Senectud. 1ª ed, Médico D.F., Trillas, 2001
- OLDS B. Sally, et al., Enfermería Maternoinfantil. 4ª ed, México D.F. Interamericana – McGraw – Hill, 1995
- OSTIGUÍN MELÉNDEZ, Rosa Ma. y Velázquez Hernández Silvia, Teoría General del Déficit de Autocuidado. Guía básica ilustrada, México D.F., Manual Moderno, 2001
- PAPALIA E. Diane, et al., Desarrollo Humano. 8ª ed. Colombia, McGraw – Hill Interamericana, 2001
- RAMSAY M. et al., Guía de Valores normales durante el Embarazo. 2ª ed, Madrid España, Harcourt, 2002
- RODRIGUEZ SÁNCHEZ Bertha, Proceso Enfermero. Aplicación Actual, 2ª ed. Guadalajara México, Cuellar ediciones, 2002
- ROSALES BARRERA, Susana y Reyes Gómez Eva, Fundamentos de Enfermería, México D.F., Manual Moderno, 2000
- SMELTZER C. Suzanne y Bare G. Brenda. Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth. ts. I y II. 9ª ed. México D.F., McGraw – Hill Interamericana, 2002
- SMITH P. James, Virginia Henderson. Los primeros noventa años. Barcelona España, Masson S.A. 1996
- TOMEY MARRINER, Ann y Raila Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, 4º ed. Madrid España, Harcourt Brace, 2002
- TORTORA J. Gerard y Reynolds Grabowski, Principios de Anatomía y Fisiología, 7ª ed, Madrid España, Ed., Harcourt Brace, 1999

VALDEZ GÓMEZ, Feliciano, Proceso Atención de Enfermería aplicado a una mujer en la etapa de puerperio de bajo riesgo según el modelo de Virginia Henderson, México D.F., ENEO – UNAM., s.f.

WATSON HAWKINS, Joellen et al., Enfermería Ginecológica y Obstétrica, México D.F., Harla – Harper, s.f.

YURA H. Y Walsh M.B., El Proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación, Madrid España, Ciencias de la Enfermería, Alhambra S.A. s.f.

DICCIONARIOS

OCEANO, Diccionario de Medicina. Océano Mosby. 4° ed., Barcelona España, Grupo editorial Océano, 2003

ROSENSTEIN STER, Emilio et al., Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 47° ed. México D.F., PLM, 2001

WELLER F. Bárbara, Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud, 1° ed. Tra., por Dr. Sampeiro Orizaga Jorge, México D.F., McGraw – Hill Interamericana, 1997

INTERNET

Www. Google. Com. Mx

SHANDS Health Care. Com

ANEXOS

ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

La reproducción es el proceso de crear nuevos seres de una especie mediante la transmisión del material genético de una generación a otra.

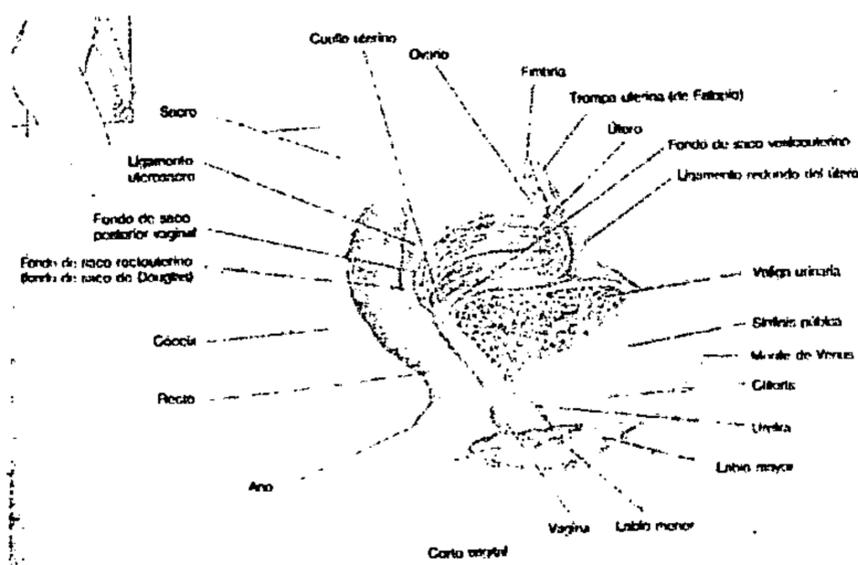
Los órganos reproductores de la mujer y el hombre reciben el nombre de **GONADAS** (*gonos = semillas*), las cuales tienen la función de reproducir los Gametos; Espermatozoides u Óvulos respectivamente.

Los órganos genitales Femeninos se dividen en:

EXTERNOS	INTERNOS
Vulva	Vagina
Monte de Venus	Útero
Labios Mayores	Cuerpo
Labios Menores	Cerviz
Clítoris	Istmo
Vestíbulo	Trompas de Falopio
Meato Urinario	Ovarios
Glándulas de Skene	
Glándulas de Bartholín	
Himen	
Horquilla Vulvar	
Periné	

ORGANOS GENITALES EXTERNOS

Vulva: Conjunto de los órganos genitales externos de la mujer caracterizada por estar húmedo permanentemente debido a las secreciones vaginales y de las glándulas cutáneas.



Monte de Venus: prominencia que se localiza delante de la sínfisis del Pubis constituida por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada que en la pubertad se cubre de vello en forma de triángulo de base superior

Labios Mayores: Formaciones prominentes que parten del monte de Venus en forma de repliegue redondeado y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; están constituidos por tejido celular, tejido conectivo parte del ligamento redondo y recubiertos por piel resistente pigmentada, glándulas sebáceas y vello.

Labios Menores: repliegues pequeños y delgados sin vello situados entre los labios mayores y el introito al endosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal, la unión anterior origina el frenillo del clítoris y el prepucio y la posterior la horquilla de la vulva.

Clitoris: órgano eréctil, homólogo del pene de 2.5 a 3cm de largo, situado en la parte superior del introito por encima del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (cuerpos cavernosos) cubiertos por los músculos isquiocavernosos; posee una rica red venosa y sensitiva, es el principal productor de sensaciones placenteras durante la relación sexual.

Vestíbulo: espacio comprendido entre los labios menores recubierto por epitelio escamosos estratificado que contiene en la parte superior el orificio del meato urinario y por debajo de este, el orificio vaginal y las glándulas vestibulares, del tipo tubuloacinoso productoras del moco que lubrica la zona durante el acto sexual.

Meato Urinario: orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior, está cubierto por epitelio transicional.

Glándulas de Skene: son dos, se encuentran a cada lado de la parte posterolateral del meato urinario, producen moco que lubrica el vestíbulo.

Glándulas de Bartholín: en número de dos, se sitúan en los labios menores y en la pared vaginal desembocando en el introito, tiene forma helicoidal y miden 1.5 c. de longitud y vierten su contenido a través de un conducto de 2 cm. de longitud que lubrica la vulva y la parte externa de la vagina.

Himen: membrana anula que recubre parte de la entrada vaginal, está formada por dos capas de tejido fibroso, cuando se rompe los restos reciben el nombre de carbúnculos mirtiformes, produciéndose hemorragia debido a la extensa vascularización (desfloración).

Horquilla Vulvar: lugar donde se unen los labios mayores y menores en la parte posterior de la vulva.

La vulva recibe irrigación arterial de las ramas labiales anteriores procedentes de las arterias pudendas externas y de la rama arterial vaginal y pudenda interna.

La irrigación venosa es dada por la vena dorsal del clítoris que drena el plexo vesical y la vena pudenda interna que desemboca en la vagina.

Los vasos linfáticos desembocan en los ganglios inguinales superiores.

Los nervios de la región vulvar captan los estímulos erógenos a través del nervio ilioinguinal y pudendo interno.

Periné: región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano, constituida por los músculos transversos del periné y el bulbocavernoso.

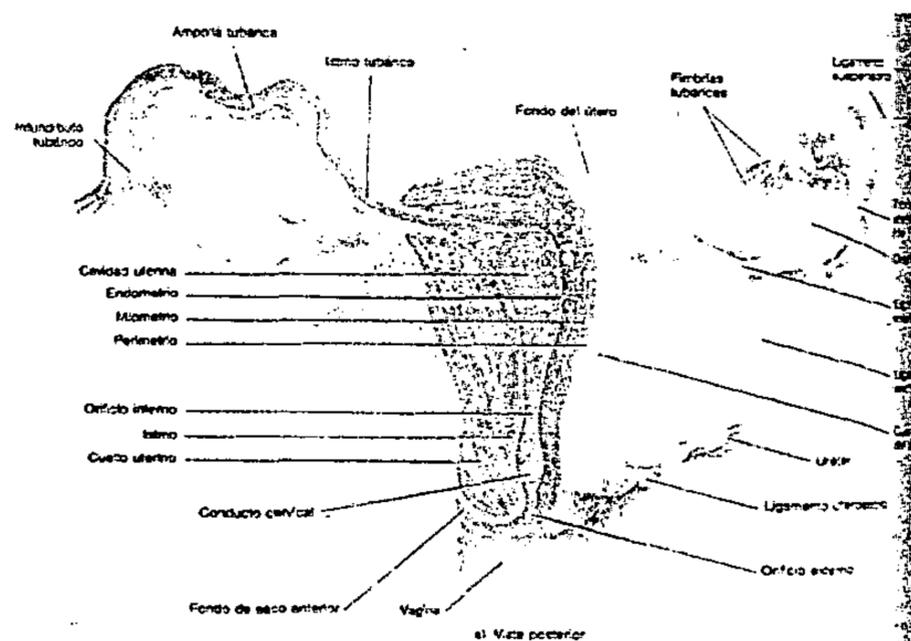
ORGANOS GENITALES INTERNOS

Vagina: conducto virtual músculo – membranoso que se extiende de la vulva a la cerviz uterina, en la que se inserta en forma anular ocasionando los fondos de saco vaginales anterior, posterior y laterales.

Su cara anterior se relaciona con la vejiga y la porción terminal de los ureteres a través del tabique vesicivaginal, la posterior con el fondo de saco de Douglas y el recto, y las laterales, con los músculos perineales al cruzar el piso perineal.

La vagina sirve como conducto excretor de la sangre menstrual y secreciones uterinas; es el órgano de la cúpula y el conducto natural del parto, tiene una dirección curva de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba: su eje longitudinal forma un ángulo cercano a 90° con el eje mayor del útero.

Tiene una longitud promedio de 8cm; su pared anterior es 2cm. más larga que la anterior, su parte media es más estrecha y solo mide 2.5cm. de diámetro. La pared vaginal consta de dos capas, una interna mucosa y otra externa muscular, los numerosos pliegues transversales confieren gran elasticidad ala vagina lo que permite la salida del producto durante el parto; las células epiteliales de la mucosa cambian cíclicamente según el patrón hormonal, por las cifras elevadas de glucógeno que contienen, mantienen un pH alcalino constante en la cavidad vaginal, entre 4.5 y 5 que impide la colonización de flora patógena.



Útero: órgano impar, muscular, hueco, periforme que se localiza en la cavidad pélvica; su cara anterior se relaciona con la vejiga urinaria y la posterior con el recto, en ambos lados se relaciona con los ureteros y con otros órganos pélvicos (ciego, apéndice sigmoides, trompas de Falopio y ovarios). Consta de tres parte, una porción superior llamada **Cuerpo** que mide entre 7 y 8 cm. de longitud por 4 a 5 cm. de ancho y de 3 cm. de espesor; un adelgazamiento de 1,5cm. de longitud llamado **Istmo** y una

porción inferior llamada **Cérvix** o cuello de forma cilíndrica que mide de 3 a 4 cm. de largo por 2 a 2.5 cm. de ancho. El útero pesa unos 50 a 60 gr. en la nulípara y de 20 gr. más en la múltipara.

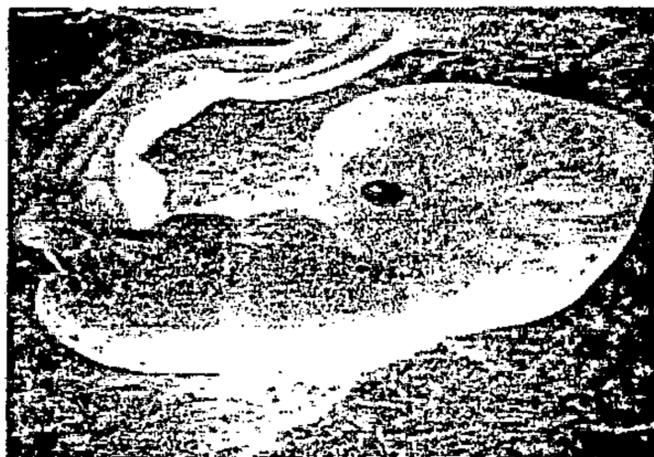
Trompas de Falopio: son dos conductos de 12 a 14 cm. de longitud que parten de los cuernos uterinos hacia ambos lados, miden 10mm. de diámetro en la parte inicial, se ensanchan en forma de tuba o trompa y alcanzan 2cm. de diámetro en su extremo distal; están dotadas de movimientos peristálticos que facilitan el transporte de las células germinales a través de su luz, poseen cuatro partes anatómicas;

Intersticial o Intramural es la parte más próxima que desemboca en la porción superolateral de la cavidad uterina, mide 1 cm. de longitud y 1 mm. de diámetro. Ístmica, continúa la porción anterior, es de grosor constante y consistencia regular, mide entre 3 y 4 cm. de longitud y 4mm. de diámetro. Ampular, prolonga la sección anterior y es menos consistente, se flexiona y describe un arco, se ensancha en forma paulatina, alcanza 7 a 8 cm. de largo y su diámetro es de 7 a 8 mm. Infundibular, es la parte terminal de la trompa tiene forma de embudo que se abre como abanico, está provista de 10 a 15 lengüetas o prolongaciones llamadas fimbrias que miden entre 10 a 15 mm. de longitud y son indispensables para la captación y transporte del huevo fecundado a la cavidad uterina .

Ovarios: son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blanquecinos cada uno de los cuales mide 4 cm. de largo, 3 cm. de ancho y 2,5 cm. de altura; son relativamente móviles y se localizan en la fosa ovárica situada en la porción lateral de la pelvis. Su peso es entre 5 y 7.5 gr. y se sostiene en su sitio por el ligamento utero-ovarico y por un engrosamiento del ligamento ancho llamado mesovario

EMBARAZO

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero.



ETAPAS DEL EMBARAZO

Las 40 semanas del embarazo se dividen en tres trimestres. En estas etapas se producen cambios fisiológicos tanto en el embrión como en la madre.

El bebé que se está desarrollando recibe el nombre de *embrión* durante las diez primeras semanas, después se le denomina *feto*.

Todos sus órganos importantes se desarrollan durante el primer trimestre. En la madre, el cuerpo se prepara para el embarazo y veremos mes a mes los cambios que sufre la madre mientras el bebé se desarrolla.

En el primer trimestre las náuseas y los vómitos son frecuentes en la mujer gestante, en especial durante las mañanas. Sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados, y su peso comienza a aumentar.

En el **segundo trimestre**, El embarazo de la madre es evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardiaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto. El feto tiene ya una apariencia humana reconocible, y crece con rapidez.

En el **tercer trimestre**, La mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este periodo, y su sueño, muy importante, en ese momento, puede verse alterado.

Los órganos del feto maduran. La mayoría de los bebés prematuros nacidos al comienzo del tercer trimestre sobreviven, y sus probabilidades de supervivencia aumentan cada semana que permanecen en el útero.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EMBARAZO

Náuseas y vómitos matutinos, cansancio, calambres, antojos y olores extraños, acidez gástrica, estrías, frecuencia urinaria, cambios mamarios (Hipersensibilidad), aumento de peso, várices, estreñimiento y hemorroides, dificultad respiratoria y dolor de espalda

SEÑALES DE ALARMA DURANTE SU EMBARAZO

- Ⓢ Sangrado por la vagina.
- Ⓢ Dolor al orinar
- Ⓢ Erupciones o ampollas en su cuerpo
- Ⓢ Hinchazón de manos y cara. (aumento brusco de peso)
- Ⓢ Fiebre
- Ⓢ Dolor agudo de estómago
- Ⓢ Dolores de cabeza muy severos
- Ⓢ Súbitos problemas en la visión



EL PARTO

El trabajo de parto, es la combinación de una serie de fenómenos que permiten la expulsión del feto y anejos (placenta, cordón umbilical, membranas amnióticas).

El parto implica un esfuerzo, trabajo y gasto energético por parte de la mujer.

La mayoría se dan a término entre la 38-40 semana.

También se da entre la 39-40 semana, de una manera espontánea.

El parto puede ser:

◆ Distocico, parto con problemas, en el que existen maniobras o intervenciones quirúrgicas en su evolución

◆ Eutocico, es el parto normal, no existe ninguna alteración en su mecanismo, se efectúa correctamente con presentación cefálica y flexionada, es el parto vaginal.



CAUSAS DEL INICIO DEL PARTO

Lo Fisiológico y normal, es que se produzca a las 40 semanas.

1- Causas mecánicas:

La gran distensión de la fibra muscular uterina que se contraiga fácilmente.

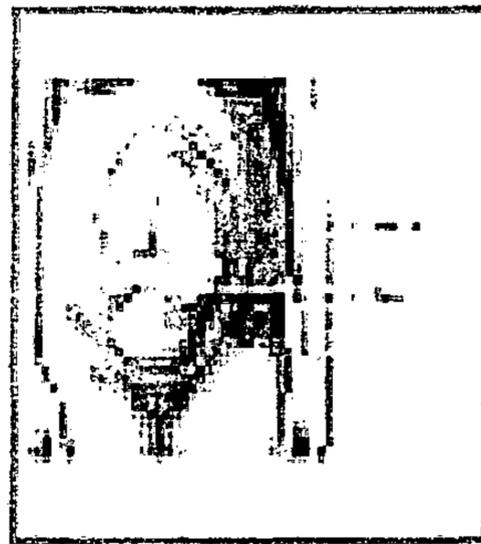
2- Causas hormonales:

Previa al parto, hay una disminución de la progesterona y aumento de los estrógenos. Este desequilibrio hormonal, actúa a nivel del lóbulo posterior de la hipófisis y provoca la secreción de la oxitocina; ésta, actúa a nivel del útero produciendo contracciones.

Al final del embarazo se produce un aumento de cortisol de las suprarrenales fetales, que actúan a nivel placentario, haciendo disminuir la progesterona y aumentando los estrógenos.

Se produce una secreción de prostaglandinas en el endometrio, que provocan contracciones uterinas.

Desaparece el efecto de la inhibición de la musculatura uterina, al disminuir la progesterona.



PARTO EUTOCICO

P

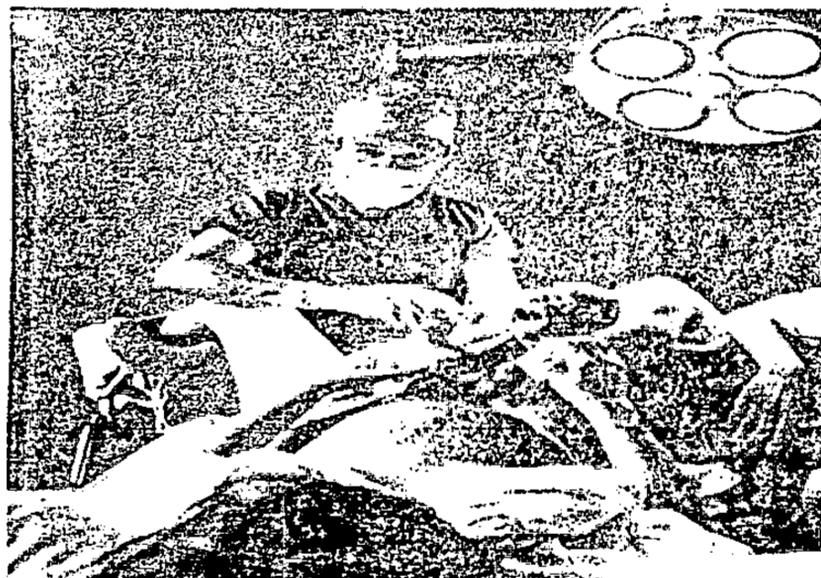
ara que se dé son necesarios tres factores:

◆ *Objeto del parto (feto):* para que el parto tenga lugar con normalidad, el feto se adaptará a las características uterinas y pélvicas. Para esto utilizará su estática fetal (cambiando de posición).

◆ *Canal del parto:* trayecto que recorre el feto en su salida al exterior. Este trayecto comprende:

- Canal blando: Formado por el cérvix y la vagina.
- Canal óseo: Formado por la pelvis ósea (huesos iliacos o sacro y coxis).

◆ *Motor del parto (contracciones uterinas):* Es la fuerza que empujará al feto al exterior. Las contracciones son cada vez más intensas y más frecuentes. Tienen un ritmo. Se inician en el fondo del útero y se transmiten hacia el cérvix (son más fuertes en el fondo que en el cérvix). Actúan a nivel de este, haciéndolo dilatar, y ayudando a la expulsión del feto.



FUNCIONES DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS

Formación del segmento inferior, rotamiento del cuello uterino, dilatación del cuello uterino, encajamiento y expulsión del feto, ayuda para la expulsión de la placenta y efecto hemostático

PERIODOS DE PARTO

👉 **Dilatación:** Es el periodo más largo del parto y se caracteriza por la formación del segmento inferior, el cuello uterino se barra progresivamente hasta que desaparece el canal cervical, de manera que el orificio externo e interno quedan superpuestos.

Si la bolsa de agua no se rompe, forma una cuña y va produciendo presión. Cuando se rompe la presentación del feto hace presión fuerte. Las nulíparas tienen el cuello más duro y les cuesta más parir, pueden estar de 10-12h. 1º hay borramiento de cuello y dilatan a parte.

Las multíparas a medida que empieza el borramiento van dilatando, simultáneamente por eso se acorta el tiempo de parto, pueden estar unas 6h.

👉 **Periodo expulsivo:** Cuando la dilatación es de 10cm, esta completo y empieza el periodo expulsivo, el cual finaliza cuando el feto sale al exterior.

Se caracteriza porque las contracciones son más intensas pero menos frecuentes.

El periné se abomba y también hay una congestión vulvar (roja intenso), hay profusión y dilatación del ano, y aquí ya se visualiza la presentación fetal.

Duración en primíparas unos 30x' y en multíparas 15-20x'.

Aparecen también los pujos; es la sensación que la mujer tiene de empujar, debido a las contracciones que aparecen en este periodo.

La mujer refiere este periodo como unas ganas de defecar, ya que la presentación fetal comprime la ampolla fecal, debido a las contracciones.

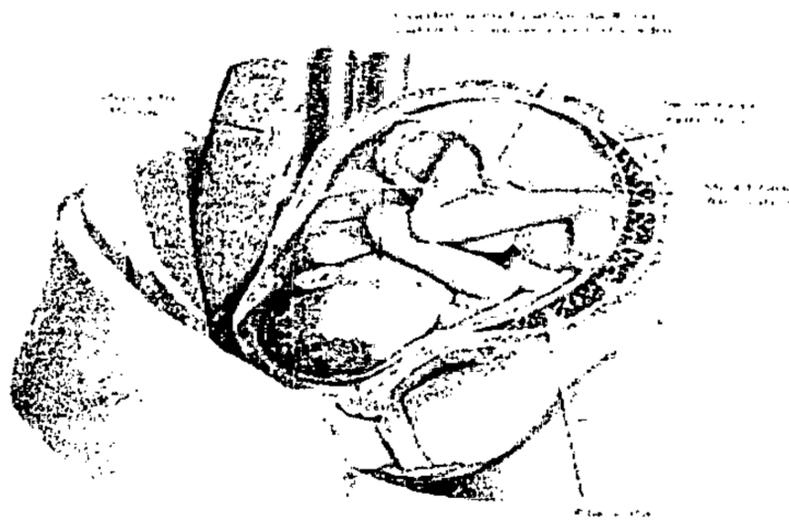
Cuando la mujer que lleva epidural no lo siente, y es bueno sentirlo ya que así se empuja.

👉 **Periodo de alumbramiento:** Desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas.

👉 **Periodo de desprendimiento de placenta:** Comprende desde que el feto ha salido al exterior hasta que se expulsa la placenta también y membranas etc.

- **Fisiología del desprendimiento:** Cuando la placenta se desprende del útero este sangra por ello es importante que hay hemostasia.

- **Mecanismo desprendimiento placenta:** Una vez el feto ha salido al exterior dentro nos queda la placenta mas parte del cordón umbilical. A los 10x' se desprende la placenta, gracias a contracción uterina que se presenta de manera súbita.



PARTO DISTOCICO

Es el parto que se desvía de la normalidad. En ocasiones es sinónimo de parto patológico.

Esta desviación de la normalidad puede afectar a:

Distocias de estática fetal:

En situación transversa u oblicua no es posible el parto y se ha de recurrir a la cesárea. En presentación cefálica deflexionada o algunas de nalgas no es posible el parto eutócico.

Desproporción pelvifetal:

Cuando el diámetro de la pelvis de la madre no se adapta al diámetro cefálico del feto. Mujer gorda no es sinónimo de parto fácil, porque los diámetros de la pelvis pueden ser pequeños.

Distocias de dinámica uterina:

Hipodinámicas: Disminución de la frecuencia o contracciones. Será un parto estacionado. Puede acabar con cesárea o fórceps.

Hiperdinámicas: Aumento de la intensidad de contracciones y/o frecuencia o incoordinación de la dinámica uterina.

En el útero se ven disminuidas la circulación sanguínea y el feto no tiene tiempo de recuperarse, y puede ocasionar problemas fetales. Se da medicación para detener la dinámica uterina.

Cuando se ha parado, se da estimulación del parto con oxitocina. Se puede producir una rotura uterina.



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

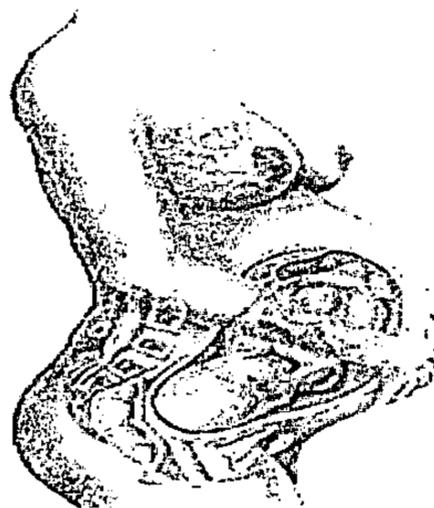
Es la rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Generalmente se acompaña de salida de líquido amniótico (LA) por genitales.

Es un evento que convierte un embarazo normal en una gestación de riesgo para la madre y para el feto.

Incidencia

En embarazos de término se presenta en 11% de las pacientes. El 80% de éstas inician espontáneamente el trabajo de parto dentro de las 24 horas de ocurrida la rotura.

La RPM tiene una incidencia global de 5% y se presenta en 30% de los nacimientos prematuros. Es de 3% luego de las 32 semanas, de 28% entre las 28 y 31 semanas y de 31% antes de la semana 28.



ETIOLOGIA.

Embriología

Al séptimo u octavo día, el macizo celular interno se divide en endoblasto y epiblasto. En este último se forma una cavidad tapizada por células llamadas amnioblastos que al diferenciarse constituyen las membranas amnióticas.

No se sabe si los amnioblastos se originan del citotrofoblasto o del ectodermo fetal. El amnios aumenta de tamaño hasta rodear al embrión y termina uniéndose al corion en la semana 4ta. o 5ta. cuando desaparece el celoma extraembrionario.



Amnios y corion:

El amnios tiene un grosor de 0,02 a 0,5 mm y está formado por una capa de células cúbicas que descansa sobre otra capa de tejido conectivo denso rico en filamentos de colágeno y con alta resistencia.

El corion suele ser más grueso, mide 0,04 a 0,4 mm de espesor, pero tiene menor elasticidad.

Las membranas corioamnióticas poseen propiedades elásticas que permiten cierto estiramiento o deformidad.

Aparentemente dicha condición se cumple por la existencia en cantidad suficiente de colágeno y elastina con un efecto protector dado por el surfactante pulmonar.

Si por efectos exógenos o endógenos se produce una exigencia extrema de esta propiedad de elasticidad, las membranas pueden romperse.

La rotura se localiza generalmente encima del cuello por ser la zona más pobre física y nutricionalmente y estar en la zona más declive.

Infección

La infección es actualmente la causa más analizada porque se le responsabiliza de la mayor parte de los nacimientos pretérmino con y sin rotura de membranas.

El mecanismo sería el mismo en ambos casos y la calidad de la membrana es la que definiría cuál se rompe y cuál no.

Hay membranas que resisten la infección y terminan con un parto prematuro con bolsa íntegra, mientras que otras se rompen dando el cuadro de RPM.

Etapas de la infección:

Los microorganismos cumplen varios pasos hasta llegar a la RPM:

La infección cervicovaginal es generada por gérmenes que han sido encontrados posteriormente en el líquido amniótico (LA).

Algunos agentes infecciosos son:

Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealítico, Trichomonas vaginalis, Cándida albicans, Estreptococo grupo B, Anaerobios (Fusobacterium), Estafilococo aureus, Herpes simple.

Acceden a la cavidad amniótica por:

- Ⓒ Vía ascendente desde el cérvix o la vagina
- Ⓒ Diseminación hematológica a través de la placenta
- Ⓒ Vía retrógrada desde el peritoneo por las trompas
- Ⓒ Introducción accidental por procedimientos quirúrgicos

Traumatismo

✿ Cerclaje: los hilos del mismo y la manipulación quirúrgica podrían actuar como cuerpo extraño favoreciendo el aumento de las prostaglandinas.

✿ DIU: el mecanismo de desencadenamiento es la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad uterina.

✿ Relaciones sexuales: Si bien algunos investigadores encontraron aumento del parto prematuro con coito reciente no hay trabajos randomizados que lo señalen como causante de RPM. Mills por un lado y Klebanoff por otro mostraron que las relaciones sexuales entre las 34 y las 37 semanas no provocan partos prematuros ni RPM.

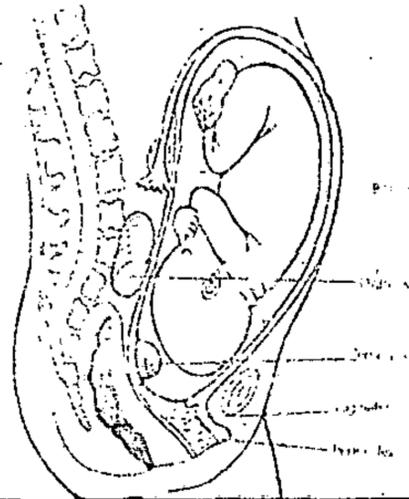


FACTORES DE RIESGO

- Ⓒ RPM en embarazo anterior
- Ⓒ Hábito de fumar
- Ⓒ Metrorragia en embarazo actual

CLINICA

- Ⓒ RPM sin infección
- Ⓒ Salida de LA por genitales
- Ⓒ Disminución de la altura uterina
- Ⓒ RPM con infección
- Ⓒ Salida de LA purulento (aunque algunas veces no llega a ser tal)
- Ⓒ Contractilidad que no cede a la tocólisis
- Ⓒ Hipertermia
- Ⓒ Taquicardia materna y fetal
- Ⓒ Leucocitos (>15000) con neutrofilia
- Ⓒ El signo patognomónico de la Corioamnioititis es la presencia del LA purulento seguido por contractilidad aumentada que no cede a la uteroinhibición.



DIAGNOSTICO

Diagnóstico presuntivo

Se observa salida de LA por genitales en forma espontánea o con el rechazo de la presentación (maniobra de Tarnier).

No se observa LA pero la paciente refiere pérdidas con esas características.



Diagnóstico de certeza

Especuloscopía: LA saliendo por el orificio cervical.

Microscopía: cristalización en hojas de helecho del LA tomado del fondo de saco vaginal posterior.

Ecografía: disminución importante del volumen de LA asociado a la referencia de pérdida del mismo por parte de la madre.

pH vaginal: cambio a la alcalinidad por la presencia de LA. Esto hace virar el papel indicador (papel de nitrazina) porque de pH ácido (pH normal de la vagina) pasa a tener pH alcalino.

Ante la presencia de sangre en la vagina efectuar lavados con dextrosa 5% y luego realizar la toma (nunca lavar con solución fisiológica porque cristaliza).

Sospecha de un oligodramnios con antecedentes de pérdida de LA.

Diagnóstico diferencial

Flujo vaginal, Expulsión del tapón mucoso, Pérdida de orina y Pérdida de líquido proveniente del espacio corioamniótico.

La especuloscopia, la Microscopia y la ecografía tendrán la última palabra.



TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser encarado mediante diferentes conductas. Todas y cada una de ellas son utilizadas dependiendo:

- De la edad gestacional
- Del centro de atención del embarazo
- Del estado de la paciente y de su gestación.

En una misma paciente pueden tomarse diferentes conductas según corresponda por patología o por edad gestacional.

Conductas:

Expectante = espera con tratamiento médico correspondiente

La conducta expectante se aplica especialmente en edades gestacionales tempranas o en lugares con baja infraestructura neonatológica.

Intervencionista = extracción fetal con madurez pulmonar comprobada

La conducta intervencionista es usada en patologías agregadas al embarazo y en lugares con Neonatología de alto nivel.

Agresiva = terminación del embarazo

La conducta agresiva se toma ante peligro de muerte materna o fetal y en casos de infecciones graves que puedan comprometer la salud de la madre.



CONDILOMATOSIS

El condiloma o verrugas genitales, es una enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del papiloma humano.

Se caracteriza por el crecimiento de una lesión parecida a una verruga que es blanda y que al multiplicarse toma la forma de una "coliflor" que aparece en el pene, la vagina, vulva, uretra, cuello del útero o en la región anal, lugares del cuerpo que tienen un medio húmedo propicio para su crecimiento y reproducción.



Agente Etiológico

HPV (Virus del papiloma Humano).

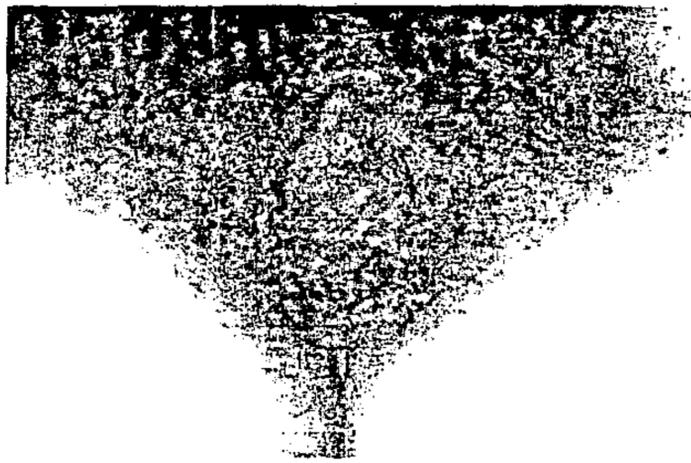
El virus del papiloma humano es un virus ADN que pertenece a la familia de los Papovavirus, son de pequeño tamaño (50 um) La cápside está compuesta por 72 capsómeras formando una estructura icosaédrica. Tiene particular afinidad para el epitelio pavimentoso de la piel y para las mucosas.

Las localizaciones son las regiones genital, bucal y respiratoria. Se han identificado hasta el momento más de 60 serotipos.

Se considera que tiene propiedades oncogénicas sobre el cáncer de cuello uterino.

Período de Incubación

Variable. (días a meses e, inclusive, años).



CLÍNICA

Esta enfermedad es muy frecuente, pero en la mayoría de las personas infectadas no se presentan síntomas. También puede afectar a los niños, pero en estos casos la enfermedad no se transmite por vía sexual.

Las principales molestias son ardor y comezón alrededor del pene, de la vagina o del ano.

Formas Clínicas

■ **Condilomas Acuminados:** Se presentan como pequeñas neoformaciones sésiles, papilares, múltiples, en forma de pequeñas crestas cubiertas con un epitelio queratósico.

Se localizan en regiones húmedas, en especial en aquellas expuestas a roces durante el coito (en la mujer: parte posterior del introito vaginal, labios menores, vestíbulo; en el hombre: glande, prepucio y surco balanoprepucial; en ambos sexos: zona anal y perianal)

■ **Condilomas Planos:** Su localización preferencial es en el cuello uterino, pero también se localiza en vagina, vulva y pene. La observación se hace mediante colposcopia.

■ **Infección latente:** Es la presencia de ADN viral en el genoma de las células humanas, No se puede evidenciar ni por citología, ni por colposcopia,

DIAGNÓSTICO

- Citología, a través del método de Papanicolaou, la presencia de unas células características denominadas koilocitos.
- Inmunohistoquímica
- Colposcopia y Penoscopia
- Anatomía patológica (biopsia):

Complicaciones

Cáncer de cuello uterino, vagina y vulva.



SEGUIMIENTO

Cuando se atienden adecuadamente, los condilomas son controlables. Sin embargo, y debido a que son ocasionadas por un virus, las verrugas suelen reaparecer frecuentemente después del tratamiento, por lo que es necesario mantener un control frecuente y realizar en las mujeres el Papanicolao por lo menos 6 meses.

PAPANICOLAO

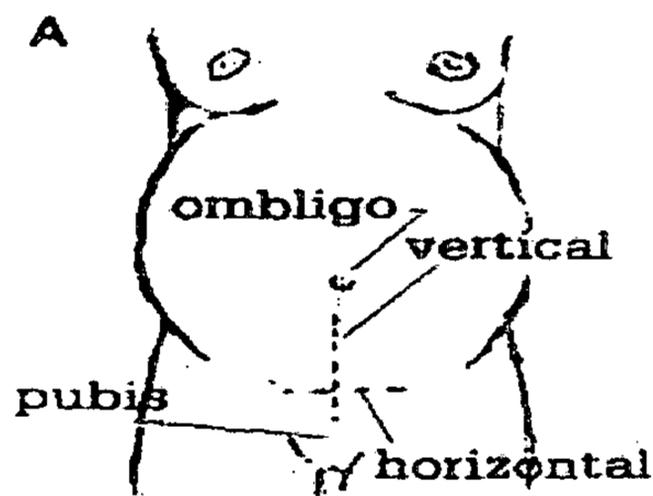


- ESTUDIO CITOLOGICO QUE PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER CERVICOUTERINO, MEDIANTE LA TOMA DE UNA PEQUEÑA MUESTRA DE SECRECIÓN DEL ORIFICIO CERVICAL INTERNO Y FONDO DEL SACO POSTERIOR

PARTO POR CESAREA

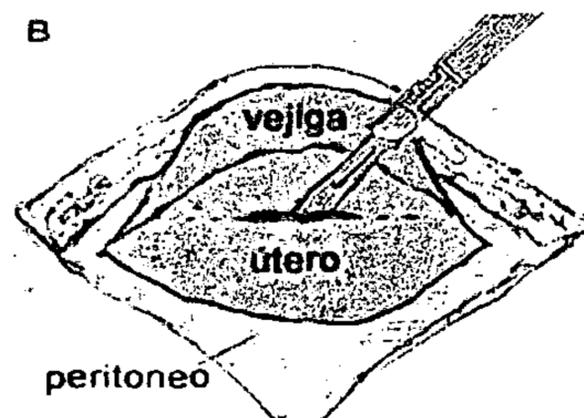
La cesárea es una intervención quirúrgica abdominal realizada con el objeto de extraer al producto cuando el parto vaginal no es posible o es peligroso, a través de una incisión quirúrgica.

El médico realiza un corte en el abdomen y la matriz (útero) de la madre para extraer al bebé. El útero es el órgano muscular encima de la vagina. Los bebés crecen en el útero y la sangre menstrual viene del útero.



Objetivos:

- ✦ Preservar la salud de la madre
- ✦ Lograr un recién nacido vivo que puede alcanzar un desarrollo físico e intelectual normal
- ✦ Conservar al útero en buenas condiciones anatómicas y funcionales para futuros embarazos

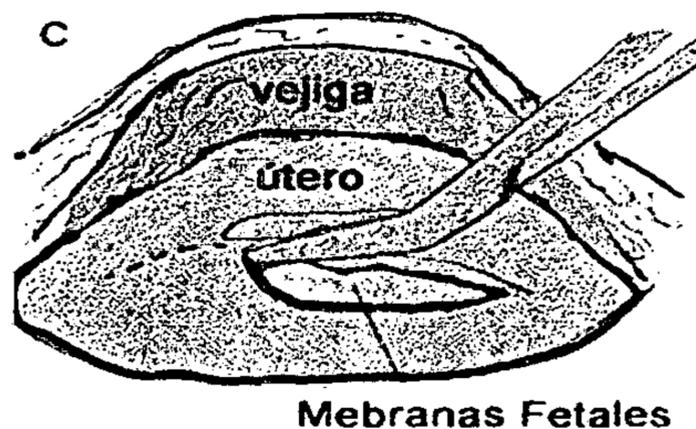


INDICACIONES

Se puede hacer una cesárea antes de que comience el trabajo de parto si hay motivos médicos para evitar el trabajo de parto o el parto vaginal. Por ejemplo, la salud de la madre o del bebé puede estar en riesgo si el embarazo continúa, o el parto vaginal puede ser imposible o peligroso.

También se puede hacer una cesárea después de que comienza el trabajo de parto o durante el parto, si ocurren ciertos problemas.

Por ejemplo, si en el momento del parto la parte del bebé que está más abajo es la cara, la frente, el hombro o las nalgas, en lugar de la cabeza, a menudo es necesario hacer una cesárea.

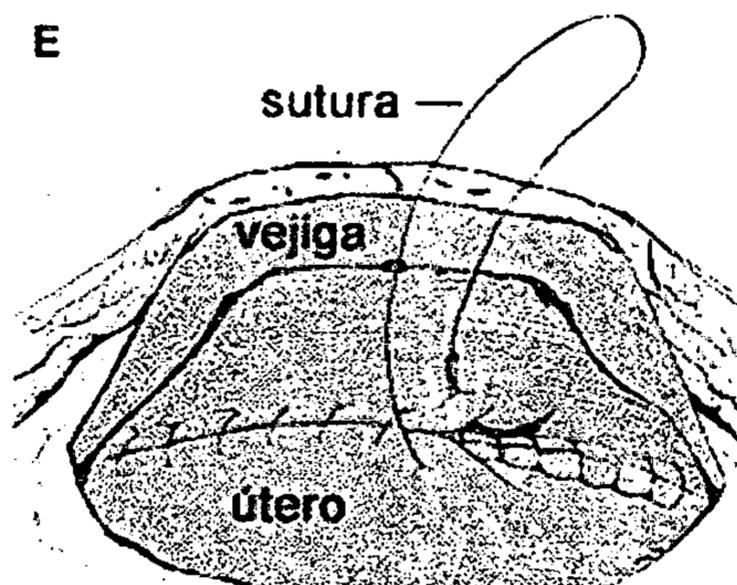


En el caso de muchas mujeres en trabajo de parto, el cuello del útero comienza a dilatarse pero el proceso se detiene antes de lograrse una dilatación completa. Se puede administrar oxitocina para aumentar la fuerza de las contracciones pero, a pesar de este medicamento, muchas mujeres no se dilatan completamente y no pueden dar a luz vaginalmente.

Otras mujeres pueden presentar una dilatación completa pero no pueden empujar a sus bebés lo suficiente dentro del canal de parto para lograr un nacimiento vaginal sin peligros.

Esto puede ocurrir debido a que el bebé es demasiado grande para el canal de parto de la mujer. En estas situaciones se puede recurrir a una sección cesárea.

En cualquier momento durante el trabajo de parto, el bebé puede desarrollar problemas que causen que su corazón lata más lentamente. Estos problemas pueden indicar que el bebé ha llegado al final de su tolerancia por el trabajo de parto, en cuyo caso puede ser necesario recurrir a una sección cesárea.



PROCEDIMIENTO

Se administra anestesia regional o general. La anestesia regional adormece parte del cuerpo y permite que permanezca despierta sin sentir dolor. La anestesia general le relaja los músculos, hace dormir y también impide que sienta dolor.

El médico hace una incisión debajo del ombligo, hacia la parte inferior del útero, para sacar al bebé; saca al bebé, la placenta y las membranas. A continuación, el médico sutura el útero y el abdomen.



CUIDADOS DE LA CESAREA

Apoyo Psicológico	Orientación e información
Control de constantes vitales	Cuidados del puerperio
Sondaje vesical	Involución uterina
Vía intravenosa	Loquios
Cuidados de herida quirúrgica	Deambulacion
Interacción con el recién nacido	Lactancia materna
Informar sobre planificación familiar	Orientación sobre el periodo intergenésico (+ a 2 años)
No someterse a más de 2 cesáreas	

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Existen cuatro técnicas básicas para realizar la operación cesárea:

Cesárea Clásica o corporal: se practica una incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterino, cerca del fondo; Sin embargo, en la actualidad es la menos practicada debido a sus posibles complicaciones y solo se recomienda en casos de Cáncer de Cérvix, Presencia de Anillo de Retracción o Cesárea post mortem

Cesárea Segmentaria transversal (operación tipo Kerr): se practica una incisión transversal semilunar a nivel del segmento inferior de útero; en la actualidad es la de mayor práctica institucional

Cesárea Segmentaria longitudinal (operación tipo Beck): la incisión segmentaria es longitudinal; se indica en casos de anillo de retracción o cuando el producto está en situación transversa. Con frecuencia en esta operación se prolonga la incisión uterina y se convierte en segmento corporal.

Cesárea Extraperitoneal: puede ser paravesical o supravesical, aunque el riesgo de infección quirúrgica es mayor de ahí su desuso



RIESGOS

La anestesia general tiene ciertos riesgos. Es posible que la anestesia regional no adormezca suficientemente la zona y que sienta una cierta incomodidad. Además, en algunos casos poco comunes puede tener una reacción alérgica al fármaco empleado en este tipo de anestesia.

En la mayoría de los casos la anestesia regional se considera menos peligrosa que la anestesia general. Se puede romper un vaso sanguíneo y puede tener hemorragias internas. Se puede romper un trozo de un coágulo de sangre, entrar en el torrente sanguíneo y dañar los pulmones.

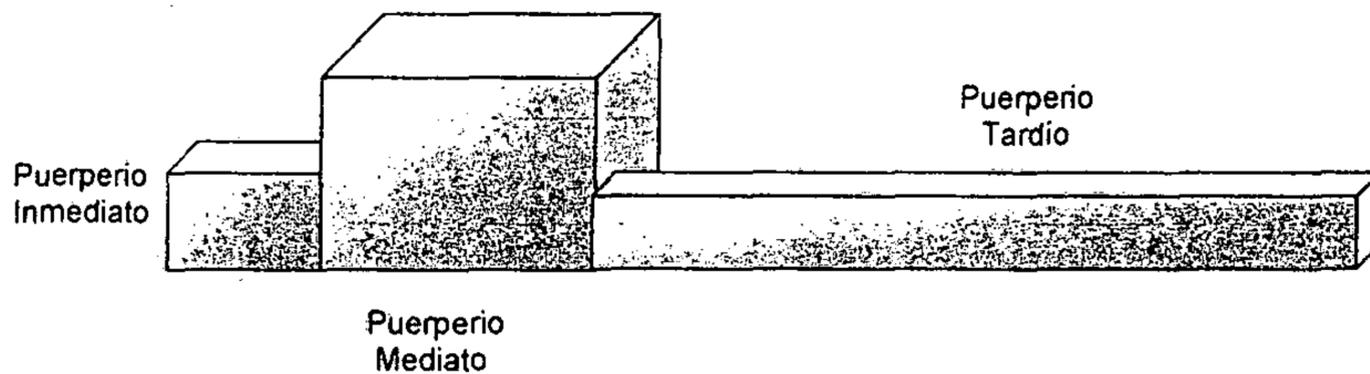
El corte en la pared del útero puede dejar un punto débil en la pared del útero. Es posible que los futuros hijos tengan que nacer con cesárea, dependiendo de la manera en que se hizo la cesárea. Puede tener una infección o hemorragia.

De igual manera una complicación frecuentemente presentada por los hijos de mujeres sometidas a cesárea es la Hipoxia Neonatal que en muchos de los casos son reversibles sin dejar de ser graves y en otras la muerte del neonato es irremediable



EL PUERPERIO

El puerperio fisiológico es la etapa constituida por el tiempo necesario para que los órganos internos de la mujer recuperen su estado anterior al embarazo; oscila entre seis y ocho semanas.



A través de las diferentes fases en el que se divide esta condición ocurren cambios en el organismo, estos son:

Locales – en el útero, ovarios y mamas.

Generales – modificaciones en el peso, alteraciones de los signos vitales, entre otros.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La primera hora del puerperio es la más importante ya que la mayor parte de las complicaciones surgen durante ella, que representa la cuarta etapa del parto. Los fenómenos importantes de esta hora comprenden el inicio de la estabilización de la presión arterial, la contracción sostenida del útero y el inicio de la diuresis.

Es muy importante realizar una exploración física cuidadosa e integral de la paciente durante el puerperio, teniendo en cuenta lo siguiente:

Signos Vitales	Organos Pélvicos
Cambios corporales	Venas de miembros inferiores

Organos Pelvicos

Utero.- Contracciones firmes y sostenidas; corroborar localización y expulsión de coágulos. Evaluar cada 15 minutos durante las dos primeras horas.

Cuello Uterino.- consistencia suave al tacto; se observa posible edema o desgarro, de aproximadamente 1cm. de espesor y de 3 a 6 cm. de longitud.

Vagina y perineo.- posibles lesiones superficiales, hinchazón y sensibilidad anormal al dolor como resultado de la dilatación y el traumatismo obstétrico. Los desgarros o la episiotomía originan sensibilidad y dolor perineal aunque su restablecimiento ocurre rápidamente.

La evaluación de la vagina y perineo debe ser frecuente las primeras horas y despues 1 vez en el turno.

SIGNOS VITALES

Se evalúan pulso, presión arterial, y ritmo respiratorio por lo menos cada quince minutos durante las primeras horas del puerperio y después, cada 30 minutos y cada hora de las siguientes 3 o 4 horas.

CAMBIOS CORPORALES

Mamas.- la alimentación al seno materno inmediatamente después del parto acelera la involución uterina al liberarse las oxitocinas hipofisarias. Las mamas suelen presentar turgencia, estar duras, doler, estar calientes al tacto y con venas prominentes; los lóbulos se palpan como prominencias duras.

Es indispensable examinar diariamente las mamas a fin de comprobar que no hay signos de infección, ni grietas o sensibilidad anormal de los pezones y el grado de turgencia.

Abdomen y aparato digestivo.- el regreso a la normalidad de los músculos abdominales suele ser lento, pero se agiliza con la práctica de ejercicios para fortalecerlos.

Los intestinos sufren reacomodo ya que fueron desplazados por el útero ocupado; por otra parte, la defecación no ocurre a menudo durante los tres o cuatro días por el estado de estiramiento y la pérdida de tono de los músculos abdominales.

Vías Urinarias.- es probable que la vejiga presente lesiones superficiales, que la uretra esté hinchada y que una de ellas o ambas hayan resultado dañadas en caso de que se utilicen forceps o por el peso de la parte fetal que se presenta. El tono vesical y el reflejo detrusor suelen disminuir como resultado del traumatismo obstétrico, anestecia, o ambos.

Disminución del peso e imagen corporal.- La disminución de peso suele ser considerable al expulsarse el feto, la placenta, las membranas, la pérdida de volumen sanguíneo y los loquios, además de la diuresis y la turgencia mamaria.

Resulta desconcertante para las puérperas el descubrir que la disminución inicial del peso no prosigue como al principio y que al ser dadas de alta no tienen el peso y los contornos corporales previos al embarazo.

Posiblemente se acelere la pérdida de cabello lo que resulta perturbador para la mujer. El resurgimiento del aspecto y el funcionamiento normales de su organismo requieren tiempo.

Cefalalgia y dorsalgia.- la cefalalgia postraquidea surge en las mujeres que han recibido bloqueo raquídeo y se deriva de la pérdida de líquido cefalorraquídeo lo que provoca incluso la incapacidad de mantenerse de pie y requerir tratamiento paliativo y restitución de líquidos intravenosos.

La dorsalgia se alivia con deambulacion, vendaje abdominal compresivo, postura adecuada al momento de dar seno materno y ejercicios de balanceo pélvico.

Anemia.- es relativamente frecuente como resultado de la extracción de hierro por parte del feto y la pérdida de sangre durante el parto; es necesario evaluar del hematocrito y hemoglobina además de administrar hierro cuando resulte necesario.

La mujer es muy vulnerable durante el puerperio, ya que todo su ser ha sido sometido a cambios de gran importancia durante el parto; su función como ser humano se transforma y el aspecto emocional requiere atención adecuada.

El personal que atiende a la puérpera debe ayudarle a moderar su actividad y establecer prioridades, a efecto de que no intente hacer todo por sí misma. Es frecuente que necesite apoyo para la planeación del regreso a casa, las comidas, los cuidados del recién nacido, las tareas hogareñas y las actitudes; mantener una actitud sensible hacia ella, permite una mejor comunicación, estado de confianza y la disminución del estado de inseguridad de la nueva madre.



FORMATOS

Biográficos e Institucionales:

Fecha: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Nombre: _____ Edad: _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____
 Ocupación: _____ Religión: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Numero de Expediente: _____ Servicio: _____
 Cama: _____
 Ingreso económico mensual: _____

Motivo de la visita o problema principal: _____

Diagnostico médico: _____

Tratamiento médico actual: _____

Diagnóstico Enfermero Inicial: _____

PRODUCTO

Sexo: _____ Peso: _____ Hora de Nacimiento: _____ Apgar: _____

Antecedentes:

Enfermedades anteriores: _____

Historia familiar de enfermedad:

1.- Patrón Percepción / mantenimiento de la salud

Servicios con los que cuenta la casa – habitación, especificar:

Características higiénicas de la vivienda, especificar:

Hábitos higiénicos que practica el usuario en su hogar, especificar:

Contacto con enfermeros infectocontagiosos () en caso afirmativo, especificar: _____

Contacto con animales domésticos () en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles?

Existencia de hacinamiento en el hogar ()

Existencia de factores de riesgo en la comunidad, hogar y laboral () en caso afirmativo especificar ¿Cuáles?

Percepción del usuario sobre su estado de salud actual, especificar:

Interés por su estado de salud () en caso negativo, especificar ¿por que? _____

Asistencia a control médico; () en caso de ser negativo, especificar ¿por que?

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿Cuál?

Seguimiento del tratamiento médico () en caso de ser negativo especificar ¿por que? _____

Existencia de la automedicación () en caso afirmativo, especificar ¿Cuál?

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud () en caso de ser negativo, especificar ¿por que?

Existencia de toxicomanías () en caso afirmativo, especificar ¿cuales?

2.- Patrón Nutricional / metabólico.

Estado Físico Actual				
Peso actual				
Perdida ponderal				
Temperatura corporal				
Características de:				
- Piel				
- Cabello				
- Uñas				
- Mucosa oral				
- Encías				
- Lengua				
- Labios				
- Faringe				
- Dentadura				
Presencia de:				
-Anorexia				
-Nauseas				
-Vómitos				
-Pirosis				
-Polifagia				
-Polidipsia				
-Regurgitaciones				
-Edema				
-Crecimiento				
-Heridas				
-Infusiones		Especificar		
-Drenajes		Especificar		
-Otros		Especificar		

Resultados de estudios de laboratorios y gabinete (registrar fecha):

Alimentación acostumbrada en el hogar, especificar:

Comidas realizadas en el hogar durante el día, especificar:

Existencia de problemas con las defensas del organismo () en caso afirmativo, especificar:

Existencia de intolerancia alimenticia () en caso afirmativo. Especificar:

Aceptación de la dieta prescrita en el hospital () en caso negativo especificar ¿por que?

Ingesta de líquidos en 24 horas durante la estancia hospitalaria especificar:

Existencia de dificultades relacionadas con la lactancia (si) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

3.- Patrón de Eliminación:

Estado Físico actual	
Características de:	
- orina	Micción espontánea
- heces	Constipación transitoria
- peristaltismo intestinal	Presente a la auscultación
	Presencia de:
- Halitosis	- Disuria
- Flatulencia	- Oliguria
- Hemorroides	- Poliuria
- Masa rectal palpable	- Hematuria
- Esfuerzo al defecar	- Coluria

<ul style="list-style-type: none"> - Constipación - Urgencia para defecar - Distensión abdominal - Dolor al evacuar 	para	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>					<ul style="list-style-type: none"> - Proteínuria - Glucosuria - Globo Vesical - Retención Urinaria - Sonda de drenaje urinario 	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>					
Otros _____			Especificar _____										

Resultados de estudios de laboratorios y gabinete (registrar fecha):

Eliminación intestinal habitual. Especificar:

Eliminación urinaria habitual, especificar:

Empleo de auxiliares o medicamentos para la defecación () en caso afirmativo, especificar: ¿cuáles?

Evacuación en 24 horas durante la hospitalización, especificar:

Micciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar:

4.- Patrón Actividad / ejercicio

Estado Físico actual			
Frecuencia cardiaca	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	Frecuencia del pulso	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Tensión arterial	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	Presión venosa central	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Presión arterial media	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	Presión de arteria pulmonar	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Frecuencia respiratoria	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>		
Características de:			
- Pulso	En ritmo y frecuencia		
- Llenado capilar	Sin cianosis periférica		

Características de la información que tiene la usuaria sobre los cuidados del recién nacido y la lactancia, especificar:

Existencia de capacidad en la usuaria para la toma de decisiones () en caso negativo especificar ¿Por qué?

7- Patrón Autoimagen / autoconcepto.

Presencia actual de:	
- Nerviosismo	<input type="checkbox"/>
- Suspiros	<input type="checkbox"/>
- Temblores	<input type="checkbox"/>
- Sentimientos de culpa	<input type="checkbox"/>
- Apatía	<input type="checkbox"/>
- Conducta violenta	<input type="checkbox"/>
- Dificultad para Relajarse	<input type="checkbox"/>
- Egocentrismo	<input type="checkbox"/>
- Ambivalencia	<input type="checkbox"/>
- Dependencia	<input type="checkbox"/>
- Indiferencia	<input type="checkbox"/>
- Otros	<input type="checkbox"/>
- Especificar	<input type="checkbox"/>

El embarazo fue planeado () en caso de ser negativo, especificar ¿cuáles fueron las circunstancias por las que se dio?

Percepción que tiene la usuaria de sí misma, especificar:

Aceptación de su imagen corporal con el embarazo; () en caso negativo, especificar ¿por qué?

Satisfacción en el cumplimiento de su cometido como madre () en caso negativo, especificar ¿por qué?

Existencia de preocupaciones () en caso afirmativo especificar ¿cuáles?

Existencia de algún temor () en caso afirmativo, especificar ¿a que?

Estado de ánimo de la usuaria, especificar:

Existencia de cooperación en los cuidados () en caso negativo, especificar ¿por qué?

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar:

8- Patrón Rol / relaciones.

Presencia Actual de:		
- Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	
- Cambios en el estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	
- Tristeza	<input type="checkbox"/>	
- Llanto	<input type="checkbox"/>	
- Cólera	<input type="checkbox"/>	
- Dificultad en la participación	<input type="checkbox"/>	
- Aislamiento	<input type="checkbox"/>	
- Rememoraciones	<input type="checkbox"/>	
- Dificultad para la comunicación	<input type="checkbox"/>	
- Otros	<input type="checkbox"/>	

Existencia de sentimientos de pérdida (no) en caso afirmativo, especificar ¿por qué?

Personas con las que convive diariamente, especificar, ¿cuáles?

Personas significativas para la usuaria, especificar ¿cuáles?

Características de la relación con la pareja, especificar:

Existencia de dificultades en la familia () en caso afirmativo especificar ¿cuáles?

Dificultades para el cumplimiento del rol (esposa y madre) () en caso afirmativo especificar ¿cuales?

Personas que dependen de la usuaria, especificar:

Aceptación de la recién nacida () en caso negativo, especificar ¿por qué? Y ¿por quién (es)?

Atención de las necesidades del recién nacido () en caso negativo, especificar ¿por que?

Existencia de preocupación por el cuidado del recién nacido en el hogar () en caso afirmativo, especificar ¿las razones?

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar:

9.-Patrón Sexualidad / reproducción.

Estado Físico Actual:	
Fondo uterino _____	Tono uterino _____
Loquios: cantidad y características _____	
Mamas (características) _____	
Presencia de:	
-Hemorragia transvaginal	<input type="checkbox"/> Especificar cantidad _____
- Varices vulvares	<input type="checkbox"/>
- Congestión mamaria	<input type="checkbox"/>
- Heridas quirúrgicas	<input type="checkbox"/> especificar _____
- Otros	<input type="checkbox"/> especificar _____

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Embarazos: _____	Partos: _____
Cesáreas: _____	Abortos: _____

Métodos de planificación familiar utilizados, especificar:

Deseo de planificar su familia () en caso afirmativo, especificar : ¿cómo?

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo () en caso afirmativo especificar _____ ¿cuáles?

10.- Patron Afrontamiento / estrés

Presencia actual de:
Inquietud
Tensión muscular
Manos húmedas
Boca seca
Negación del problema
Hipersensibilidad a la crítica
Conducta manipuladora
Autocompasión
Conducta Autodestructiva
Cambios en el estilo de vida
Especificar: _____

Respuesta personal ante una situación causante de estrés, especificar:

Las opciones elegidas para tratar situaciones de estrés han sido favorables para la salud si () no () ¿porqué?

Respuesta personal ante el cuidado del recién nacido, especificar:

Respuesta de la pareja ante el cuidado de la paciente, especificar:

Respuesta de la familia ante la nueva situación de la paciente, especificar:

Empleo de técnicas de relajación, en caso negativo especificar ¿por que?

Ayuda que la enfermera puede proporcionar a la paciente / familia para afrontar el estrés, especificar:

11.- Patrón Valores / creencias

Actitud religiosa de la usuaria, especificar:

Existencia de conflictos internos sobre creencias, en caso afirmativo, especificar: ¿cuáles?

Mitos y creencias de la usuaria / familia relacionados con el cuidado durante el periodo postoperatorio. especificar:

Mitos y creencias de la usuaria / familia relacionados con la rehabilitación y estética después de la intervención, especificar:

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA RECAVACIÓN DE DATOS BAJO MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

◆ **Sujeto:**

Disnea debido a:		Tos productiva /seca	
Asociado con la respiración		Fumador	

Cuando fuma. Cuantos cigarrillos al día / varía la cantidad según su estado emocional

◆ **Objetivo:**

Registro de signos vitales y características: T.A. _____ F.C. _____

Temperatura: _____ Peso: _____ Talla: _____

Respiraciones: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales /peribucal:

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

◆ Subjetivo:

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

Trastornos digestivos: _____

Intolerancias alimentarias / alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Patrones de ejercicio: _____

◆ Objetivo:

Turgencias de la piel: _____

Membranas mucosas /hidratadas /secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

◆ Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____

Características de las heces, orina y menstruación:

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

◆ **Objetivo:**

Abdomen características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

◆ **Subjetivo:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

◆ **Objetivo:**

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA◆ **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: _____

Actividad en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

◆ **Objetivo:**

Estado del sistema musculoesquelético. Fuerza: _____

Capacidad muscular, Tono / resistencia / flexibilidad: _____

Postura: _____

Necesidad de ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____ Presencia de temblores: _____

Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO◆ **Subjetivo:**

Hora de descanso: _____

Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____

Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____ Insomnio: _____

Debido a: _____ Descanzado al levantarse: _____

◆ **Objetivo:**

Estado mental / ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: ___ Atención: ___ Bostezos: ___ Concentración: ___

Apatía: ___ Cefalea: ___ Respuesta a estímulos: ___

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

◆ **Subjetivo:**

Influye su estado de ánimo para la elección de sus prendas de vestir: ___

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: ___

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: ___

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: ___

◆ **Objetivo:**

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

VESTIDO

Incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

◆ **Subjetivo:**

Frecuencia del baño: _____

Momentos preferidos para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____

Después de eliminar: _____

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: ___

◆ **Objetivo:**

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____ Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas tipo: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

◆ **Subjetivo:**

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante situaciones de urgencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes

Hogar: _____ Trabajo: _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: ___

Familiares: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

◆ **Objetivo:**

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

◆ Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____
 Vive con: _____ Preocupaciones / estrés: _____
 Familia: _____ Otras personas que puedan ayudar: _____
 Rol en estructura familiar: _____
 Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____
 Cuanto tiempo pasa solo: _____
 Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

◆ Objetivo:

Habla claro: ___ Confusa: ___ Dificultad visual: _____ Audición: _____

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

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

◆ Subjetivo:

Creencias religiosa: _____

Sus creencias religiosas le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

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

◆ **Objetivo:**

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

◆ **Subjetivo:**

Trabaja actualmente: ___ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

Esta satisfecho con su trabajo: _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas: _____

Está satisfecha (o) con el rol familiar que juega: _____

◆ **Objetivo:**

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

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

◆ Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

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

Recursos en su comunidad para la recreación: _____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

◆ Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

Rechazo a las actividades recreativas: _____

Estado de ánimo; apático, aburrido, participativo:

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

◆ Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

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

Sabe como usar esas fuentes de apoyo: _____

Interés del aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

◆ **Objetivos.**

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: ansiedad, dolor:

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: _____

SERVICIO: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

FECHA: _____

Nº DE CAMA: _____

Dx de Enfermería	Objetivos	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación