



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

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**" Aplicado a una paciente femenina con 36.2 SDG
con amenaza de parto prematuro, pródromos de
trabajo de parto y ruptura prematura de membranas "**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA


P R E S E N T A

MA. CRUZ SOLIS CAMARILLO

No. de cuenta: 099622040

DIRECTOR DE TRABAJO


LIC. **ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ**


Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de

MÉXICO D.F. *Noviembre del 2002*



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	
1. JUSTIFICACIÓN	2
2.. OBJETIVOS	
2.1. General	3
2.2. Específicos	3
3. MARCO TEORICO:	
3.1. Generalidades	4
3.2. El Proceso de Atención de Enfermería	5
3.2.1. Beneficios del uso del Proceso	6
3.2.2. Comparación del Método Científico	6
3.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería	
3.3.1. Valoración	7
3.3.1.1. Interacción	7
3.3.1.2. Observación	7
3.3.1.3. Medición	7
3.3.1.4. Historia Clínica	8
3.3. 2. Diagnóstico de Enfermería	8
3..3.3. Planeación	10
3.3.3.1 Clasificación de prioridades	10
3.3.3.2. El papel del paciente en la planeación	10
3.3.3.3. Planes de atención de Enfermería	10
3.3.4. Ejecución	10
3.3.5. Evaluación	11

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS.

Por darme la vida , la salud y el amor para poder alcanzar mis metas .

A MIS HIJAS DIANA Y ESTEFANIA

Por su comprensión y paciencia , ya que aún siendo pequeñas me brindaron su apoyo robándome el tiempo que les pertenecía para el alcanzar una meta más en mi vida.

A MIS HERMANOS.

Ludy, Ale, Efrain, Araceli, Eduardo y mi Cuñado Lalo . Les agradezco su apoyo que siempre me brindaron.

A MI ESPOSO JESUS

Con todo mi amor y cariño por su apoyo incondicional que me ha brindado siempre , en cada una de mis metas que me he fijado.

A MIS PADRES CONCHITA Y EFRAIN

Por su amor y comprensión y Sobre todo por la herencia tan valiosa que me han dado. Mi educación.

A MI DIRECTOR DE TRABAJO

Lic. Armando Ortega Gutiérrez, por sus enseñanzas , apoyo y paciencia que me brindo para la realización de este trabajo.

INTRODUCCION:

Los cuidados de la enfermera pueden ir desde el simple hecho de limpiar y aplicar un vendaje, en el dedo cortado de un niño, hasta las medidas altamente complejas que entraña el cuidar a los pacientes de la unidad de terapia intensiva de un hospital, o ayudar a una familia con multiples problemas a satisfacer sus necesidades de salud dentro de su comunidad. Sin embargo, el proceso es el mismo ya sea que los cuidados de enfermería consistan en una medida básica de primeros auxilios o en una secuencia de actividades complicadas

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería en forma individualizada, los elementos indispensables del proceso son: Iniciando con la valoración, diagnostico de enfermería, planeación , ejecución y concluye con la evaluación.

Sin embargo debemos estar preparados y dispuestos al cambio ya que papel de la enfermera es cambiante y en cuanto a su practica se esta volviendo cada vez más sofisticada, utilizando nuevas teorías, técnicas, habilidades e instrumentos para cubrir las necesidades actuales de una sociedad que es sumamente tecnológica, compleja y dinámica.

El siguiente proyecto contiene los siguientes apartados: Un caso individualizado de una paciente con amenaza de parto prematuro de 36.2 SDG, + prodromos de trabajo de parto, y RPM a la cual se aplicará el proceso de atención de enfermería, en este se describen las etapas que lo conforman y el enfoque al modelo de Virginia Henderson, contemplando sus catorce necesidades, incluye también un marco teórico donde se sustentan las teorías mediante las cuales se fundamenta la enfermería y su importancia como todo un proceso científico y dinámico . Se incluye dentro de este marco teórico los aspectos de fisiopatología de amenaza de parto prematuro y RPM.

Incluye también una justificación de la necesidad de la aplicación constante de un proceso de atención de enfermería. Dentro de la metodología se describen los pasos del proceso y se siguen en forma logica como base para tomar decisiones sobre las actividades que se emprenderán

En la valoración incluye todos los métodos utilizados en la recolección de datos , los diagnósticos de enfermería se elaboran en base a las necesidades de Virginia Henderson, y los diagnósticos de la NANDA Posteriormente se establecen los métodos que se desean dentro de este proceso y se elabora un plan de acción , es decir llevar a acabo las medidas específicas intervenciones de enfermería que se describen en el plan. El paso final es evaluar los resultados de las actividades que se emprendieron, o en otras palabras, saber si se lograron los objetivos que se deseaban. Todo esto con la finalidad de proporcionar cuidados de enfermería individualizada, promover y mantener la salud del individuo, familia y comunidad, al mismo tiempo mejorar la calidad de los cuidados

1. JUSTIFICACION:

Anteriormente, gran parte de los cuidados que proporcionaba la enfermera se basaban en un calculo intuitivo, a menudo gracias a su experiencia anterior en situaciones parecidas. La enfermera expermentaba en el medio hospitalario al entrar al cuarto inmediatamente se daba cuenta que el paciente esta incómodo, es necesano cambiar su posición, tiene dificultad para respirar que se encuentra preocupado e intranquilo. Sin embargo las enfermeras, aún las experimentadas, a menudo les era difícil explicar cómo llegaron esas conclusiones. Es solo recientemente que ha creado un método sistemático de estudio de enfermería que se han descubierto los elementos necesanos para ponerlo en práctica

Con esta herramienta se pretende cubnr todas las necesidades del paciente, en una forma optima continúa y dinámica. Contribuir a su pronta recuperación y como profesionales haciendo uso de todos los conocimientos teóricos y prácticos, asumiendo una actitud critica para que el personal de enfermería pueda realizar sus propias conclusiones y sugerencias como personal operativo con conocimientos científicos, destrezas y habilidades inherentes a su función.

Por lo anterior se aplicará el proceso a una paciente embarazada con 36.2 SDG con amenaza de parto prematuro , pródromos de trabajo de parto, y RPM.

2. OBJETIVOS:

2.1. GENERAL:

- ☞ Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente embarazada con 36.2 SDG con amenaza de parto prematuro, pródromos de trabajo de parto, y RPM , dirigido a detectar necesidades físicas, dentro de las cuales van implícitas las necesidades psicológicas y sociales empleando para tal fin los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la formación de la Lic. en Enfermería y Obstetricia

2.2. ESPECIFICOS:

- ☞ Responder oportuna y adecuadamente a las necesidades reales y potenciales, en base a los diagnósticos de enfermería, con calidad y calidez
- ☞ Orientar y educar a la paciente sobre temas de utilidad para ella y para el recién nacido, principalmente sobre temas de las necesidades que se detecten en el Proceso de Atención de Enfermería.
- ☞ Analizar los elementos teóricos – metodológicos del Proceso de Atención de Enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson con un enfoque holístico del cuidado.
- ☞ Adquirir la habilidad de detección de necesidades como el establecimiento de pronósticos y diagnósticos de enfermería.

3. MARCO TEORICO:

3.1. GENERALIDADES:

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería, este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

La preparación de la maternidad comienza en la niñez y continúa durante toda la vida. Las actitudes con respecto a la maternidad reciben influencia tanto del ambiente como de la educación, incluyendo la información con respecto al sexo y las relaciones con los padres. Los sentimientos con respecto al embarazo empiezan a desarrollarse en las primeras etapas de la vida, y más tarde les influyen algunos factores, como el éxito o fracaso en el matrimonio, antecedentes culturales y socioeconómicos, conocimientos con respecto al embarazo y la edad. La relación de la madre al embarazo puede ser de aceptación, ambivalencia o rechazo.

El principal propósito de la enfermería obstétrica es ayudar a la familia a alcanzar y mantener un óptimo estado de salud.¹

Por lo anterior es importante fomentar y crear conciencia de una preparación física, mental y social ante el embarazo y promover una cultura preventiva. Partiendo de conocer el proceso ó cambios por los que pasa la embarazada.

3.2. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar los cuidados de enfermería individualizados que se ha recibido con una amplia aceptación en años recientes para describir una serie de pasos que realiza la enfermera para planear y dar cuidados de enfermería. Este proceso, que ciertos autores describen como la aplicación del método científico en la práctica de enfermería, constituye un marco lógico en el cual se basan los cuidados de este tipo. El proceso de enfermería es de validez universal, pues puede usarse para trabajar con un sujeto, familia o comunidad o para promover la salud, prevenir enfermedades, cuidar o rehabilitar los enfermos. Más aún, se crea en una forma gradual una terminología que pueden comprender todos los miembros del personal de enfermería y los demás profesionales de la salud.

El proceso de atención de enfermería se basa a la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción y progreso del paciente para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- Promover, mantener y recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir a sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de mejor calidad y eficiencia posibles.

El PAE tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) considerado un proceso de tres etapas (valoración, planificación y ejecución); Yura y Walsh (1967); establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque cada una de ellas se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Básicamente el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

3.2.1. Beneficios del uso del Proceso de Enfermería

- Ayuda a la enfermera a estudiar en forma sistemática todos los problemas para atención del paciente , familia o comunidad
- Ayuda a la detección oportuna de necesidades, diagnóstico y tratamiento por lo tanto se reducen las estancias hospitalarias
- Ahorro en tiempo para la ejecución de acciones , ya que estos se realizan atinadamente sin pérdidas de tiempo por no saber con exactitud las necesidades de nuestros pacientes.
- Intervenciones mas individualizadas
- Evitar el manejo innecesario de documentación por lo que previene errores, omisiones y repeticiones innecesarias
- Promueve la flexibilidad y pensamiento independiente.
- Mayor satisfacción por parte de la enfermera por sus intervenciones objetivas.
- Mejora la interacción e integración de la enfermera con el equipo de salud por la detección oportuna de problemas de salud actuales y potenciales.²

3.2.2. Comparación del Método Científico con El Proceso de Enfermería.

- ☞ El proceso de enfermería identifica las necesidades, mientras que el método científico plantea problemas.
- ☞ El diagnóstico de enfermería se compara con la construcción de un modelo teórico.
- ☞ El planteamiento de cuidados equivale a la deducción de consecuencia de particulares
- ☞ La implementación del plan se relaciona con una prueba de las hipótesis la evaluación con la inducción de las conclusiones de la teoría

² ALFARO Rosalinda. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Guía Práctica 3ª Ed. Madrid Mus by Doyma 1996 p 139

3.3. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

3.3.1. Valoración:

Es la primera etapa del proceso de enfermería donde se recolectan , identifican los problemas del paciente

En esta fase se incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería La información se obtiene de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente . Dos métodos básicos de información son: La observación y la entrevista con el paciente y con sus familiares.³

Herramientas para la selección de datos:

Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de importancia de la enfermera y el diagnóstico de la misma, tiene tres etapas, interacción, observación y medición ⁴

3.3.1.1. Interacción:

Se define como un intercambio continuo entre enfermera y paciente, donde es importante llevar una relación armoniosa a fin de obtener la mayor información posible lo cual se logra a través de la entrevista.

3.3.1.2. Observación:

Se define como la utilización detallada del sentido de la vista aunque intervienen los demás sentidos.

3.3.1.3. Medición:

Es una manera de obtener datos exactos sobre cifras propias del paciente, incluyendo exámenes de laboratorio, peso, talla, signos vitales entre otros, la medición se utiliza para ratificar duración o extensión, dimensiones , frecuencia, ritmo, y cantidad o tamaño , en ocasiones se requieren instrumentos de apoyo.

³ DU GAS Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica Interamericana , 3ª Ed Edición 1979 p 141

⁴ GRIFFIT Janet W Proceso Atención de Enfermería aplicación de las teorías Guías y modelos Manual moderno México D F p 30 y 34

La valoración física de la enfermera:

La valoración física se puede realizar conjuntamente con la entrevista de enfermería, se logra mediante un examen completo y sistemático del paciente, utilizándolos siguientes métodos: Inspección, auscultación, palpación y percusión.

3.3.1.4. Historia Clínica de Enfermería:

Se puede emplear la historia clínica de enfermería, es un formato sistemático por lo común en forma de cuestionario o lista. O bien se puede emplear la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración con un enfoque holístico como el diagnóstico y tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas, una historia socioeconómica y cultural registro objetivo del medio ambiente ocupación, estado económico, educación, diversiones y costumbres religiosas. Este registro escrito de información específica a cerca del paciente proporcione las bases para valorar los problemas actuales y potenciales del paciente, así mismo sirve como base para planear y brindar los cuidados de enfermería.

Esta valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico que es un informe de problemas del paciente, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema. Esto brinda a la enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.

3.3.2. Diagnóstico de Enfermería:

Después de la evaluación la enfermera esta capacitada para elaborar un diagnóstico. Debe valorar la energía y debilidad del paciente según lo que exprese de sus problemas actuales y potenciales, aparentes o no aparentes. El diagnóstico de enfermería es una conclusión basado en principios científicos e indica las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería, con el termina la fase de valoración y da principio a la fase de planeación dentro del proceso de enfermería

Para la NANDA diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable

Un diagnóstico enfermero es un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencias son capaces y están autorizadas para tratar ⁵

⁵ LUIS RODRIGO Ma. Teresa Diagnósticos Enfermero su instrumento para la practica asistencial Ed.Marcourt Brace Madrid E : 1998 p 8

Durante esta etapa se deben ordenar todos los datos para la identificación de los problemas que serán la base para la planeación de los cuidados. Los tipos de diagnósticos enfermeros y su formulación se clasifican en reales y de riesgo de salud.

Diagnóstico Real. Describe la respuesta actual de la persona, familia o comunidad, una situación de salud, proceso vital, su identificación de apoyo en la existencia de características definitorias que identifican su presencia en el momento de la valoración, para describirlos se recomienda:

Problema + factor relacionado o causa + datos objetivos y subjetivos

Diagnóstico de Salud. Es un diagnóstico real que se realiza cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud, pero puede o quiere alcanzar un mayor nivel.⁶

Este formato identifica el problema y su etiología del concepto de validación, la inclusión de los signos y síntomas en el diagnóstico valida el porque se ha elegido este diagnóstico.

Para un diagnóstico de enfermería real se una el problema a su etiología usando, relacionado con, se añade manifestado por o evidenciado por se anotan los síntomas mayores que valida la existencia de un diagnóstico.

Para un diagnóstico posible o potencial se escribe en dos partes expresando el posible problema y añadiendo relacionado con para unirlos posibles factores contribuyentes.

Diagnóstico de riesgo:

Es una respuesta de la persona, familia o comunidad que puede seguir como consecuencia del estado actual.

Como usar los diagnósticos correctamente:

Reunir o interpretar y agrupar los signos y síntomas, o sea subjetivos y objetivos, tomar en cuenta los diagnósticos médicos pero no utilizarlos, analizar detalladamente los signos y síntomas y buscar los diagnósticos correctos y formular el problema y su etiología y enumerar las características definitorias para el paciente en particular usando el formato PES, si es posible.

3.3.3. Planeación.

La fase de planeación del proceso de enfermería comienza con el diagnóstico de enfermería, que se efectúa recabando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

3.3.3.1. Clasificación de Prioridades

Después de identificar las necesidades del paciente la enfermera debe de disponerlas por orden de prioridad. La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias en la distribución de los cuidados de enfermería. Para clasificar prioridades, la enfermera debe decidir que problemas tanto actuales como potenciales son comunes y cuales son raros. Tratando solo con los problemas con los que el paciente tiene dificultad, la enfermera podrá deducir el número de problemas con los que debe trabajar. Con un conocimiento de los problemas potenciales, la enfermera puede tomar medidas preventivas. Después de considerar de manera cuidadosa los problemas actuales y potenciales, los comunes y los infrecuentes, clasifica las prioridades de asistencia.

3.3.3.2. El papel del paciente en la planeación

El paciente debe intervenir en la planeación de su propio cuidado de enfermería. Es la fuente individual más importante de información para la fase de valoración.

3.3.3.3. Planes de atención de enfermería

El plan de atención de enfermería plantea problemas, objetivos, actuaciones y respuestas. Los planteamientos vagos y generales son relativamente inútiles, por eso, cuanto más específico y conciso es el planteamiento del problema es más fácil definir el objetivo y describir la acción de enfermería. Se debe hacer una lista de los problemas actuales y posibles.

3.3.4. Ejecución:

La ejecución es la aplicación real de la atención de enfermería. Ya sea la terapia de enfermería o los tratamientos de enfermería, cada uno ellos es aplicar los cuidados de enfermería. Esto implica llevar a cabo las prescripciones del médico y seguir las costumbres del hospital así como ejecutar las prescripciones de enfermería. Las prescripciones de enfermería son las actividades de enfermería identificadas en el plan de cuidados de enfermería.

La ejecución del plan de cuidados de enfermería contribuye a un cuidado completo porque el plan considera los aspectos biosicosociales del paciente. El plan de cuidados de enfermería se debe utilizar en sistemas de referencia para promover la continuidad del cuidado; de otro modo se pueden desarrollar lagunas o duplicaciones en el cuidado.

El paciente y su familia deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes claves de información y su compromiso en la planeación aumentara la probabilidad de su cooperación con la ejecución

3.3.5. Evaluación:

En esta etapa se evaluará el logro de los objetivos examinando y entrevistando al paciente sobre su estado actual.

Verificar si el objetivo se ha logrado de manera completa o parcialmente, en caso de lograrse de manera parcial preguntarse que ha afectado al paciente o que se requiere para el logro total.

La evaluación es el proceso de valorar:

- Los progresos del paciente
- La calidad de la atención que recibe el paciente en una institución hospitalaria.
- Calidad en la atención de enfermería individual a través de la auto evaluación, así como el desempeño del personal completo. Su valor no puede ser hiperacentuado.
- Verificar si los objetivos se han logrado en forma completa o parcial
- La evaluación incluye un análisis completo de cada una de las etapas del proceso de enfermería.⁷

⁷ DU GAS Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica Interamericana. 3ª Ed. Edición 1979 p. 145-151 y 152

3.4. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri en 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial y en 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington. Tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora, escribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer denominada *Textbook of the principles and practice of nursing* siendo publicada en 1939

Henderson inicialmente no pretendió realizar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión era tal motivo de especulación

Henderson supone que una definición de enfermería debería llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico una vez que comprendió que una emoción es en realidad una interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares. (Marriner. T.)

Los cuidados básicos de enfermería, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos los seres humanos tienen necesidades comunes. Sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona.

Si bien todos los seres humanos tienen necesidades comunes, hay que considerar que estas necesidades se satisfacen mediante sistemas de vida tan variados que puede afirmarse que no hay dos iguales. (Morán, A. V).

Se observa una correlación entre la jerarquía de las necesidades de Maslow y los catorce componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades fisiológicas hasta los componentes Psicosociales.

3.4.1. Conceptos Básicos

Henderson define la enfermería en términos funcionales:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

A partir de esta definición de enfermería se extraen los conceptos y subconceptos básicos del modelo Henderson.

PERSONA: Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y a su familia como una unidad.

SALUD: Henderson equipara la salud con independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que, la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanza su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

ROL PROFESIONAL: Cuidados de enfermería y relación con el equipo de salud.

ENTORNO: Lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

La Persona y las Catorce Necesidades Básicas:

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona objeto de los cuidados. Así cada persona configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento.

3.4.2. Necesidades Básicas

1. Respirar normalmente (Oxigenación)
2. Comer y beber de forma adecuada (Nutrición)
3. Eliminar los residuos corporales (Eliminación)
4. Moverse y mantener la posición deseada (Movimiento y mantener buena postura)
5. Dormir y descansar
6. Elegir las prendas de vestir – vestirse y desvestirse (Usar prendas de vestir adecuadas)
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno (Termorregulación).
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos. (Higiene y protección de la piel).
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros. (Evitar peligros).
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones. (Comunicación).
11. Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno. (Vivir según sus creencias y valores).
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado (Trabajar y realizarse).
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa (Jugar y trabajar en actividades recreativas).
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles. (Aprendizaje).

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien en cada persona, en su unicidad tiene la habilidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. La diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona.

3.4.3. La salud independencia/dependencia y causas de dificultad

Virginia Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson a tres causas que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento, o falta de voluntad.

El concepto de dependencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. El modo de satisfacer las propias necesidades de manera individual

La dependencia puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por cada persona con el fin de satisfacer sus catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de la dificultad son los obstáculos y limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres probabilidades

Falta de fuerza interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado con el resultado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.

Falta de conocimiento. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad. Entendida como capacidad o limitación de la persona para comprometerse en la decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La presencia de estas tres causas o alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para planificar las intervenciones correspondientes.

Roll profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en su desarrollo de la función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Para Henderson este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de la enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas descritas anteriormente, porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo de salud, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitar sufrimientos al momento de la muerte.

Con la relación . Henderson afirma que todos los miembros del equipo deben considerar a la persona que atiende como una figura central y comprender que su función consiste en asistirlo

Si el paciente no acepta ni comprende el programa tratado con él y para él, ni coopera con su desarrollo se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario no visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en sus decisiones y en el logro de sus metas

Entorno:

Diversas autoras han criticado a Henderson no incluir el concepto entorno de manera específica dentro de su modelo, sin embargo si se analiza el contenido del modelo vemos que la autora menciona de forma explícita la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

3.4.4. Definición de los Conceptos Claves de este Modelo

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería, del individuo sano o enfermo, considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados tal como se deduce consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de las necesidades.

El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia supliéndole en aquello que el no puede realizar por si mismo para responder a sus necesidades.

3.4.5. Postulados Sobre lo que se Basa el Modelo de Virginia Henderson.

Postulados:

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

Valores

- La enfermería tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa la función del Médico, cede sus funciones propias a un personal no calificado
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Necesidad Fundamental

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas necesidades fisiológicas y que aquella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

El modelo Henderson

Como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención.

1. En las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recolección de datos y en análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determinan:

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

- Las causas de dificultad en la satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

La identificación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetos de independencia sobre la base de las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención, más adecuado a la situación y en la determinación de las actividades de enfermería que implique el individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.
3. Finalmente en la etapa de evaluación el modelo Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos o alcanzados, a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima y en la satisfacción de sus necesidades lo más rápido posible.

Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia sino que nuestra actuación va a encaminar con sus propias capacidades y recursos.

3.5. ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

El sistema reproductor femenino comprende los genitales externos, los genitales internos y sus estructuras de sostén

3.5.1. Órganos Externos: La vulva

Los genitales externos reciben el término colectivo de pudendum o vulva, e incluyen las siguientes formaciones, todas ellas visibles a la exploración externa: el monte de venus (mons pubis), los labios mayores, los labios menores, el clitoris, el vestíbulo, el meato uretral, las glándulas de Skene (glándulas parauretrales), las glándulas de Bartholin (glándulas vulvovaginales), el himen, la horquilla, el cuerpo perineal y la fosa navicular.

El monte de Venus: es una prominencia producida por depósito de tejido adiposo, situado por delante de la sínfisis pubiana y que se desarrolla a partir del tubérculo genital. No es un órgano, sino tan sólo una región o punto de referencia. Esta cubierto de vello rígido y oscuro, que aparece temprano en la pubertad.

Los labios mayores se originan de las prominencias genitales que se extienden hacia abajo y atrás a partir del tubérculo genital. Son dos repliegues cutáneos longitudinales, elevados y redondeados, que se originan en el cuerpo perineal, de donde se extienden anteriormente, por fuera de los labios menores y se unen al monte de Venus. Los labios menores están situados dentro de los labios mayores y cubiertos de piel modificada se acercan hacia delante de la línea media la zona circunscrita por los labios menores en el vestíbulo.

El clitoris es un órgano de tejido eréctil situado inmediatamente por la unión de los labios menores, es homólogo al pene en el hombre, el meato urinario es el pequeño orificio de la uretra situado entre el orificio vaginal y el clitoris, el orificio vaginal es una abertura que en la mujer virgen esta cubierta por el himen, y por último las glándulas de Batholin son dos, del tamaño de una habichuela situadas a cada lado del orificio vaginal.

3.5.2. Órganos Internos

3.5.2.1. Vagina

La vagina esta situada entre el recto y por atrás de la uretra y la vagina por delante tiene dirección hacia arriba y hacia atrás desde el orificio externo en el vestíbulo entre los labios mayores de la vulva, hasta el cuello uterino, es un tubo susceptible de colapsarse y dilatarse, esta formado principalmente por músculo liso y revestida por mucosa dispuesta en arrugas

En la mujer virgen existe un pliegue de tejido llamado himen forma un limite en el orificio externo de la vagina

Funciones

La vagina es parte indispensable del aparato reproductor por ser el órgano que recibe el semen depositado por el varón, es la porción inferior del canal del parto, actúa como conducto de excreciones y el flujo menstrual.

3.5.2.2. El Útero

Es un órgano piriforme que mide aproximadamente 7.5 cm. de longitud y 5 cm. de ancho en su porción mayor y 3 cm. de grueso, se compone de el cuerpo y el cuello.

Del cuerpo salen las trompas de Falopio y a esta porción se le llama fondo, esta compuesto por tres capas endometrio, miometrio, y peritoneo parietal. La cubierta de membrana mucosa se denomina endometrio compuesto por una capa de tejido compacto de epitelio cilíndrico simple parcialmente ciliado, otra capa esponjosa y una capa basal, el espesor del endometrio varía entre 0.5 mm después del flujo menstrual y 5 mm al finalizar el ciclo endometrial; en miometrio tiene tres capas de fibras musculares lisas que se extienden en todas direcciones. El miometrio alcanza el grosor máximo en el cuello del útero ya que es el cuerpo el que necesita mayor fuerza para expulsar el feto durante el trabajo de parto y el cuello más delgado para realizar la dilatación; el peritoneo parietal está incompleto pues no cubre porción alguna del cuello del útero solo reviste parte del cuerpo.

El útero está irrigado por las arterias uterinas, ramas de las ilíacas internas.

En estado normal el útero presenta flexión ante el cuerpo y el cuello. El cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y está orientado hacia adelante y hacia arriba, el cuello uterino está orientado hacia abajo y atrás del punto de flexión y se une a la vagina en un ángulo recto aproximadamente; los ligamentos que mantienen fijo el útero a la cavidad pélvica son los anchos y redondos las fibras de diversos músculos que forman el piso pélvico convergen para formar el cuerpo perineal que sostiene el útero.

Funciones:

El útero o matriz ayuda a lograr las tres funciones vitales de la supervivencia humana: menstruación, gestación y parto

- **Menstruación** Es el desprendimiento de las capas compacta y esponjosas del endometrio, acompañado por hemorragia por los vasos desgarrados
- **Gestación** El embrión se implanta en el endometrio y en este sitio vive durante una fase fetal
- **El Parto** Consiste en las contracciones potentes y rítmicas de la pared uterina muscular que producen la expulsión del feto

3.5.2.3. Trompas Uterinas (de falopio)

Las trompas de falopio (uternas) son un par de conductos delgados que miden de 10-12 cm. de longitud y presentan movimientos peristálticos. Unidas al útero en sus ángulos superiores externos se encuentran las tubas uterinas desembocan en los ángulos superexteriores del útero, están compuestas por los mismos tejidos que el útero, y esta dividida en tres porciones la primera tercio medio que se extiende desde el lado superexterno del útero denominado istmo, la parte intermedia dilatada que se denominada ampolla y que sigue un camino tortuoso sobre el ovario, y el componente terminal se denomina infundíbulo y que se abre directamente en la cavidad peritoneal su borde exterior se parece a un fleco por su contorno irregular llamadas fimbrias

3.5.2.4. Los Ovarios

Los ovarios (gónadas femeninas) son un par de órganos ovoides, aplanados, firmes y blanquecinos, con dimensiones aproximadas de 1.5 X 3 X 3.5 cm., localizados en la pelvis verdadera. En las nulipara guardan una posición casi vertical y están contiguos al peritoneo de la pared lateral pélvica, en una depresión suave que es la fase ovárica. Este espacio esta limitado medialmente por la arteria umbilical obliterada, a los lados por el uréter y los vasos uterinos y en la parte de abajo por el nervio obturador y su arteria y vena correspondiente. El pabellón tubarico se enrosca y cubre habitualmente el extremo superior del ovario.

El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis por el mesovario, que pertenece a la aleta posterior del ligamento ancho. El mesovario no rodea o cubre el ovario, sino se funde con su capa epitelial superficial. También está en relación con el útero por el ligamento útero ovárico, que es una banda fibrosa que corre en el espesor del ligamento ancho.

Importancia Clínica

El ovario desempeña varias funciones.

1. En él se encuentran las células sexuales primitivas femeninas (óvulos). Cuando hay disgenesia gonadal (agenesia ovárica de Turner), no hay óvulos primitivos y la persona estéril.
2. En el sitio donde se producen, maduran y liberan cada mes óvulos maduros durante la etapa reproductiva de la vida. La infertilidad ocurre si los óvulos no maduran adecuadamente.
3. Se producen hormonas esteroides sexuales (función lútea). Si el ovario no produce estas hormonas (estrógenos, progestágenos y andrógenos) en cantidades suficientes, no ocurren el crecimiento, desarrollo y funcionamiento femeninos normales.

3.5.2.5. Pelvis Ósea

La pelvis es una estructura en forma de cuenca formada por cuatro huesos: anterior y lateralmente, por los iliacos, derecho e izquierdo; y posteriormente, por el sacro y el cóccix. La pelvis descansa en los femorales y soportar a la columna vertebral.*

* Ralph C. Benson Manual de Ginecología y Obstetricia. Manual Moderno 7ª edición p 7

3.6. GENERALIDADES DEL PADECIMIENTO

3.6.1. Parto Prematuro

Se considera que parto prematuro es el nacimiento del producto antes de la semana 37 y cuando el feto alcanza menos de 2500 gr. de peso al nacer y también se dice que un prematuro es un producto con una edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, que tiene un peso al nacer, mayor de 500 gr. Pero menor de 2500 gr.

Esta cronopatía del embarazo es especialmente importante debido a que ella se deben mas del 50% de las muertes pennatales, siendo también muy importante la mortalidad que afecta al recién nacido prematuro. Su frecuencia Se encuentra en un promedio del 4 al 15%.

En este consenso, hay que separar los productos de bajo peso al nacer por un retraso en el crecimiento intrauterino, de los productos que realmente son Prematuros. Ambos tienen una alta morbimortalidad, pero el pronostico de los genuinamente prematuros por edad y por peso, es 3 a 5 veces mas sombrío.

3.6.1.1. Etiología

Dado que hasta el momento se desconocen exactamente las causas desencadenantes del trabajo de parto normal a termino, pues tampoco podemos saber con exactitud las causas del parto prematuro.

A propósito de las causas, se sabe que antes del trabajo de parto hay una acumulación de los precursores de las prostaglandinas como los glicerofosfolipidos en los sitios señalados. La producción de la progesterona por la placenta, estabiliza la fosfolipasa a 2 lisosómica que es una enzima necesaria para la siguiente etapa en la formación de las prostaglandinas, pero al disminuir la producción de progesterona placentaria o aparecer diversos tipos de tensión física, tales como hiperosmolaridad o estiramiento miometrial, ocasionaran que los lisosomas liberen fosfolipasa a 2 y a su vez esta enzima facilitara la conversión de los glicero fosfolipidos en ácido araquidónico, precursor obligado de las prostaglandinas y hay que mencionar que estas fosfolipasas también se pueden elevar en las infecciones intrauterinas pennatales

Existen pruebas que nos dicen que la disminución en la producción de progesterona por la placenta, al disminuir el bloqueo que ejercía sobre la actividad miometrial, va a permitir que se inicie el trabajo de parto.

A pesar de no conocerse al 100% la etiopatogénia del parto prematuro, si se conocen factores etimológicos bien determinados que pueden ser prevenidos y tratados oportunamente, dentro de una adecuada y eficiente vigilancia prenatal. Esos factores pueden ser de alto, mediano o bajo riesgo y se pueden encuadrar de la siguiente manera.

- Factores de alto riesgo
- Factores con riesgo alto o intermedio
- Factores con bajo riesgo

3.6.1.2. Signos y síntomas

Se considera como tal a la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales mínimas antes de la semana 37.

Los datos clínicos necesarios para el diagnóstico de la amenaza de parto prematuro comprenden.

La corroboración de la edad gravídica pre-término por amenorrea o por ultraecoesonografía. La presencia de contracciones uterinas irregulares en intensidad, pero con una frecuencia mayor de 6 en una hora, perceptibles por el obstetra. Sintomáticamente, cólicos semejantes a los menstruales, lumbalgias rítmicas, expulsión de moco claro o sanguinolento, sangrado genital en manchas, sensación de pesantez pélvica, cólicos intestinales con diarrea o no y modificaciones cervicales mínimas borramiento o inicio de dilatación en el orificio interno).

3.6.1.3. Conducta terapéutica en la amenaza de parto prematuro

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

- La ruptura de membranas con datos de infección cono amniótica
- Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo
- La diabetes descompensada
- Las nefropatías graves
- Los fetos muertos o con malformaciones graves
- La preeclampsia severa o eclampsia
- El retardo severo del crecimiento intrauterino
- La cardiopatía descompensada
- El trabajo de parto avanzado (dilatación cervical de 4 cms. o más) Madurez pulmonar documentada

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

Una vez descartados los anteriores y tomada la decisión de inhibir la amenaza de trabajo de parto prematuro, se tomarán las medidas siguientes

- Manejo intrahospitalario de la paciente
- Determinación de la edad gravídica, la contractilidad uterina anormal, de las modificaciones cervicales y del estado de las membranas ovulares.
- Las pacientes con contracciones uterinas irregulares menos de 6 en una hora, de poca intensidad y sin modificaciones cervicales, se mantendrán en reposo en decúbito lateral por una hora y si el cuadro mejora podrán enviarse a su domicilio en indicaciones de reposo y abstinencia sexual.
- Pacientes con contractilidad uterina mayor, pero que no alcancen 4 cm. de dilatación son candidatas a un programa de útero-inhibición, con reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, administrando una carga – intravenosa inicial de 300 ml. De solución glucosada, con vigilancia de signos vitales, FCF y control laboratorial que incluye BH, EGO y glicemia.¹⁰

¹⁰ RAMÍREZ Alonso Félix. Cronopatías del Embarazo. ENEO- UNAM México, D.F. Marzo del 2002. Obstetría II

3.7. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

3.7.1. Definición:

La ruptura de membranas amnióticas (RPM) se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas (en embarazos mayores de 20 semanas) que se presenta disociada del trabajo de parto. La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pre-termino.

"En general se considera que si la RPM se presenta hacia el final de la gestación y unas horas antes del trabajo de parto es poco probable que esta complicación presente algún riesgo para madre o el producto. Sin embargo, si la ruptura se presenta antes del término de la gestación o transcurren más de dos horas antes de la RPM y el inicio del trabajo de parto, es muy probable que en la mujer se presenten infecciones, mientras que en el neonato surgen todas las agravantes de la prematuridad".

3.7.2. Clasificación:

De acuerdo al mecanismo de producción, a la localización y a la extensión, puede clasificarse en:

- Artificial
- Espontánea
- Alta; cuando se realiza por arriba del orificio cervical interno
- Baja; si la ruptura sucede en la luz del mismo y
- Completa; cuando tanto el amnios como el corión se rompen en el mismo sitio e incompleta; si el amnios se rompe por arriba el orificio interno y el corión en la luz del mismo.

3.7.3. Incidencia:

La frecuencia de presentación es variable, pues depende tanto del nivel de desarrollo como de los diversos estratos sociales dentro de un mismo país, y es más frecuente entre la población más desprotegida.

En el Instituto Nacional de Perinatología en el periodo de 1983 a 1993 tuvo una prevalencia del 10% y fue la principal causa materna de mortalidad neonatal

3.7.4. Factores de riesgo múltiples para ruptura prematura de membranas:

- Parto pretérmino previo
- Estatura <1.52 m
- Edad < 21 o > 36 años
- Nivel socioeconómico bajo

3.7.5. Periodo de Latencia

El periodo de latencia es el tiempo que transcurre entre la ruptura espontánea de las membranas y a iniciación de las contracciones uterinas efectivas; se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pre-término (más de 48 hrs. En el 50% de los casos) que en los embarazos de término (menos de 24 hrs. En el 90% de los casos).

3.7.6. Etiopatología

Tanto en el mecanismo normal que condiciona el rompimiento de las membranas amnióticas, como en el que promueve la ruptura prematura, se desconocen, sin embargo, se acepta que el mecanismo terminal de la ruptura de las membranas fetales, bajo condiciones normales o de ruptura prematura de membranas, se asocia al aumento de presión intrauterina generada por las contracciones de este órgano, con la diferencia de que las membranas que se rompen en forma prematura son intrínsecamente más débiles que en las normales. Sin embargo esta es una explicación parcial, ya que las membranas pueden romperse en ausencia de contracción o en condiciones experimentales las membranas pueden resistir fuerzas superiores a las generadas en el parto, por ello debe existir un mecanismo relacionado que disminuya la fuerza tensil de las membranas, lo que sumado permita la ruptura fisiológica o patológica.

Como se menciono anteriormente, la etiología de la RPM es desconocida en la mayoría de los casos; sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes :

1. Alteración de las propiedades físicas de las membranas.
2. Rol de la infección en la rotura prematura de membranas
3. Nivel socioeconómico y estado nutricional

3.7.7. Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico deberán tomarse en cuenta los antecedentes, los datos subjetivos (que el 80% de los casos son de certeza) y los datos objetivos, tales como la salida de liquido trasvaginal en forma persistente mediante la exploración con el espejo vaginal la colección de liquido claro en pared vaginal posterior, así como, la valoración de la dilatación y el borramiento cervical. En ocasiones es necesario recurrir a procedimientos complementarios

El primero es la especuloscopia, que permita apreciar salida de LA a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida del liquido. Cuando el diagnóstico es evidente, la altura uterina es menor que en los controles previos y las partes fetales se palpan con facilidad

Es un número menor de casos deben agregarse a los procedimientos mencionados (anamnesis, examen físico y especuloscopia), u otros.

1. Cristalización en hojas de helecho
2. pH del fornix vaginal posterior
3. Detección de células de descamación
4. Evaluación ultrasonográfica
5. Ultrasonido
6. Otros

3.7.8. Complicaciones Fetales

La prematuridad y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la RPM en el feto y / o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM. Problemas adicionales son la asfixia, la hipoplasia pulmonar y las deformidades ortopédicas.

1. Síndrome de dificultad respiratoria
2. Infección neonatal
3. Asfixia perinatal
4. Hipoplasia pulmonar
5. Deformidades ortopédicas

3.7.9. Complicaciones Maternas

3.7.9.1. Corioamnionitis

Se define infección intra amniótica (IIA) o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el LA. Normalmente estéril Corioamnionitis o infección ovular define la presencia de manifestaciones clínicas maternas asociadas a IIA.

Los criterios que permiten su diagnóstico fueron establecidos por Gibbs y col:

- Fiebre >38 grados axilar
- Taquicardia materna
- Leucocitosis > 15.000 /mm³
- Taquicardia fetal
- Sensibilidad uterina
- LA purulento o de mal olor

El diagnóstico de conoamnionitis se realiza cuando existen dos o más de los criterios mencionados

El diagnóstico de infección intra amniótica se efectúa, además, cuando el Gram revela gérmenes o piocitos en el LA, el cultivo es (+) existe conoamnionitis histológica o hay evidencia de sepsis neonatal, independientemente de las manifestaciones clínicas.

La corioamnionitis se asocia al 20% de los pacientes con RPM (5 a 40%). Los gérmenes implicados son las bacterias que forman parte de la flora genital normal de la mujer (mycoplasma y Ureaplasma, Fusobacterium, Escherichia coli, Enterococo, Bacteroides, hongos y otros) En ocasiones pueden aislarse gérmenes patógenos exógenos (Listeria, Gonococo, Estreptococos A y C). Existen elementos del laboratorio que permiten diagnosticar la presencia de invasión microbiana de la cavidad amniótica antes de que la conoamnionitis sea evidente

- Recuento de leucocitos en sangre materna (> 15,000)
- Proteína C reactiva en sangre materna
- Perfil biofísico fetal
- Estudio de LA . Se realiza cuando existen sospecha de infección

3.7.9.2. Infección Puerperal

Esta complicación se presenta con una incidencia que varía entre 0 y 29%, siendo la endometritis su manifestación más frecuente . La sepsis materna es una complicación rara que es más frecuente cuando se ha optado por manejos contemporizadores.

3.7.9.3. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

3.7.9.4. Manejo de rotura prematura de membranas

1. Casos en que el diagnóstico es dudoso:

- Hospitalización
- Reposo relativo
- Apósito genital estéril
- Laboratorio: recuento de los leucocitos maternos y examen ultrasonográfico
- Reevaluación en 24 – 48 hrs Para decidir alta o manejo como RPM

2 RPM en embarazos de 34 o más semanas

La conducta en este grupo es la interrupción del embarazo Ella se justifica considerando que sobre esta edad gestacional normalmente existe madurez pulmonar fetal; además, la infección es la causa más frecuente de mortalidad perinatal

Respecto a la vía de parto, se practica cesárea en casos de presentación distócica, sufrimiento fetal, prolapso de cordón, cesárea anterior en ausencia de modificaciones cervicales u otras indicaciones obstétricas. En las demás instancia se ofrece a la paciente la vía de parto vaginal

Una vez decidida la posibilidad de parto vaginal debe practicarse un exámen obstétrico para definir las condiciones del cuello uterino. Realizada la evaluación obstétrica inicial, iniciamos la inducción ocitócica. Se piensa que es razonable evidencia de que dicha inducción no debe iniciarse más allá de 6 hrs. Después de la rotura de las membranas en presencia del cuello inmaduro.

3.7.9.5. Manejo Intrahospitalario

- Reposo relativo
- Control de signos vitales y obstétricos cada 6 hrs.
- Hemograma semanal o bisemanal. Leucocitos cada 48 hrs.
- Perfil biofísico bisemanal. Fectometría cada dos semanas
- Apósito genital estéril. Evitar tacto vaginal
- Cultivo cervico vaginales semanales
- AMCT ante a sospecha de infección ovular

De resultar Gram y/o cultivos cervico vaginales (+) para *Estreptococo* grupo B y/o *Gonococo*, realizamos tratamientos antibiótico con ampicilina (2 g. Dianos por 7 días) tradicionalmente ha existido controversia en el manejo de pacientes con RPM por debajo de las 34 semanas. Ella se relaciona fundamentalmente con el uso de tocolíticos, antibióticos y corticoides.¹¹

¹¹ RUBIO DOMÍNGUEZ Severino y López Barrantes Martín. Ruptura Prematura de Membranas ENEO – UNAM México D F Marzo del 2001 p 55 Obstetría II

3.8. PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO

Esta etapa se presenta 72 horas o 24 horas antes del parto

En el periodo de transición entre el parto y el trabajo de parto regular, es muy difícil de percibir su duración y se manifiesta por:

- a. Contracciones uterinas que de irregulares se convierten en más frecuentes, duraderas e intensas
- b. Maduración de la cervix fenómeno que propicia:
 - ☞ Mayor reblandecimiento
 - ☞ Acortamiento cervical que permite el paso de un dedo y orientación de la cervix hacia el centro del eje de la vagina.
 - ☞ Expulsión del tapón mucoso o rasgo de sangre (no siempre).¹²

¹² HERNÁNDEZ FLORES Ursula Alumnas Generación 1999-2000 ENEO - UNAM S.U.A.
Obstetricia I. Taller de Apoyo en práctica Diciembre 1999

4. METODOLOGIA:

En la aplicación del proceso de atención de enfermería se tomo el modelo de Virginia Henderson, para la detección de necesidades y para fundamentar los diagnósticos de enfermería el presente trabajo se sustenta en la clasificación autorizada de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).

4.1. PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Se realizó la recolección de los datos a través de la historia clínica de enfermería (técnica entrevista y observación), siguiendo el formato de Virginia Henderson.

La exploración física se realizó de manera cefalocaudal con la utilización de los siguientes métodos:

Inspección: Examen que se realiza por medio de la observación.

Se examino: estado de conciencia, coloración de tegumentos, mucosas orales, estado general del paciente, características de los pezones y glándulas mamas, actividad uterina, motilidad fetal.

Auscultación: Se examinaron ruidos cardiacos, pulmonares y frecuencia cardiaca fetal.

Palpación: Tacto vaginal para valorar situación, posición y altura de la presentación fetal.

Expediente Clínico: Reporte de laboratorio y domicilio de la paciente

4.2. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Con la recopilación de datos obtenidos se hizo la detección de necesidades, se jerarizaron e individualizaron para la elaboración los diagnósticos de enfermería respaldados por la NANDA. Se utilizó el siguiente formato.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
-----------	---------------------------

4.3. TERCERA ETAPA : PLANEACIÓN

Con base a los diagnósticos de enfermería se planearon los objetivos y el plan de cuidados de enfermería

PLANEACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	PLANEACION

4.4. CUARTA ETAPA: EJECUCION

Con base a los objetivos planeados se realizaron las acciones de enfermería con el siguiente formato:

EJECUCIÓN

Necesidad:
Dx. de Enfermería:
Objetivo:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION

4.5. QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

Se evaluaron los objetivos del proceso de atención de enfermería y los del plan de cuidados de enfermería. También se evaluaron las acciones de enfermería y principalmente la evolución del paciente

EVALUACION

NECESIDAD	AL INICIAR EL PAE	AL TERMINAR EL PAE

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Originaria del D.F. y actualmente reside en el ejido de tecamac Edo. De México

Casa:	Vive en casa propia
Tipo de Construcción:	Ladrillo
Piso:	Mosaico
Techo:	Cemento
Ventilación:	Buena
Servicios Sanitarios:	Cuenta con luz, drenaje, agua potable y servicio de limpieza.
Pavimento:	Calles pavimentadas
Vías de Comunicación:	Cuenta con radio, televisión, teléfono.
Recursos de salud:	IMSS e ISSSTE

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES :

Madre:	Hipertensa
Padre:	Sano
Abuelos Paternos:	Abuelo con diabetes mellitus, abuela aparentemente sana.
Abuelos Maternos:	Abuela materna portadora de diabetes mellitus, abuelo con problema cardiaco no especifica.
Hermanos:	Cuatro Hermanos . Aparentemente en buen estado de salud

ANTECEDENTES GINECO-OBTETRICOS

Menarca 14 años	Ritmo: 30x3	IVSA. 18 años
Gesta II	Para 0	Abortos 1 Cesáreas 0
DOC	Sin problemas	MPF: Hormonal Inyectable

HABITOS HIGIENICOS

BAÑO:

Se baña cada tercer día, con cambio de ropa completo todos los días .

ALIMENTACION:

Su alimentación es variada, come carne 3 veces a la semana y verduras diariamente, sin embargo también come alimentos chatarra por lo menos tres veces a la semana

ELIMINACION:

Evacua heces duras de olor característico cada tercer día, orina en cantidad y color normal

INDICACIONES MEDICAS:

- ☞ Dieta blanda
- ☞ Vigilar STV Y CGE
- ☞ Monitorización continúa
- ☞ Mañana USG para valorar cantidad y características de líquido amniótico y edad gestacional.
- ☞ Reposo estricto del lado izquierdo
- ☞ Laboratorio BH, TP, TPT, Grupo y RH.
- ☞ Solución glucosada al 10% 500cc para carga rápida y el resto para 8 hrs.

6. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA UTILIZANDO LAS 14 NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente: Olguin Hernández Rosa Linda
Edad: 27 años Peso: 86K Talla: 1.58 mts.
Fecha de Nacimiento: 23 Octubre, 1974 Sexo: F
Ocupación: Empleada Escolaridad: Bachillerato
Fecha de Admisión: 12 Enero, 2002 Hora: 06:00 a.m.
Procedencia: Edo. de México Fuente: Directa
Fiabilidad (1-4): 4
Miembro de la Familia: Esposa
/Persona significativa

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Sujetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? si

¿Fumaba usted antes de su embarazo? Si _____ No X

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? Si _____ No X

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Nunca _____ en alguna ocasión Si. Actualmente cursa con dificultad para respirar y angustia

Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarlo durante su estancia en el hospital?.

Si X No _____

Cual: Se le proporciono oxigeno con puntas nasales y cambio de posición

Objetivo:

Registro de signos vitales: Frecuencia respiratoria: 22 X'

Frecuencia cardíaca 80 X' T.A. 110/80

Estado de conciencia: Consciente

Coloración de la piel / lechos

ungueales / peribucal: Pálidos

Circulación de retorno venoso: Adecuado

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

No. de comidas diarias: 3

¿Come a horas regulares? Si _____ No X

Si la respuesta es Si precise: _____

¿Sigue usted una dieta especial? Si _____ No X

¿De qué tipo? _____

¿Sufre Usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? No

¿Tiene algún trastorno alimenticio? No

¿Tiene problemas de masticación y deglución? No

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Agua 1 litro

Café 2 tazas Refresco medio litro

¿Ingiere bebidas alcoholicas? Cerveza No

Vino No Alcohol No

¿Con que frecuencia? _____

¿Sabe que tipo de alimentación debe llevar para favorecer la lactancia? No

¿Qué cantidad de líquidos? No

Dieta Habitual

Alimentos	Diario	C/3er. día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche	X				
Carnes		X			
Pescado				X	
Huevo		X			
Frutas		X			
Verduras		X			
Legumbres		X			
Cereales				X	
Pan	X				
Tortillas	X				
Chatarra			X		

Objetivo

¿Turgencia de la piel? Si

Membranas mucosas Hidratadas Secas X

Características de Uñas Normales

Cabello Reseco

Funcionamiento muscular y esquelético: Adecuado

Aspecto de dientes Caries dental en cuatro piezas Encías:

Heridas: Tipo: Localización

3. ELIMINACION

Subjetivo:

Habitos intestinales: Evacuación normal Estreñimiento Si

Diarrea frecuente

¿Toma Ud algún laxante? Si X No

¿Cuál? Psillium plantago

Orna Normal Si Con dolor? No

Menstruación frecuencia: 30 Duración: 3 días

Historia de hemorragias : No

¿El estrés le ocasiona diarrea? Si X No

¿Se siente incomoda a causa de una sudoración abundante?

Si X No

¿Por secreciones vaginales? Si X No

¿Conoce Ud. las características del sangrado en el puerperio?

Si No X

¿Conoce Ud. el tiempo que le durara el sangrado?

Si X No

Objetivo:

Abdomen / características: Con presencia de estrias

Involución uterina: Altura del fondo uterino: 29 cms.

Ruidos Intestinales: Disminuidos

Palpación globo vesical: No Genitales: Sin patología

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Adecuada Sin embargo actualmente en el servicio de labor en el que se encuentra le cuesta trabajo moverse libremente

¿Qué deporte o actividad física practica? Correr:

Aeróbic. Bicicleta

Actividades en su tiempo libre Caminata

Da algún paseo fuera de su casa Si X No

¿Practicaba ejercicios prenatales?: No

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

Si _____ No X

¿Conoce las posiciones que debe adquirir para amantar a su hijo?

Si _____ No X

Objetivo:

Estado del sistema esquelético / fuerza: Debilitado

Posturas: Decúbito dorsal Ayuda para deambular: Si

Dolor con el movimiento: Si por el inicio de trabajo de parto

Estado Emocional: Inquietud porque todo salga bien

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? Si _____ No X

Horario de descanso: 8 hrs. horario de descanso: 23:00 a 07:00hrs

¿Padece insomnio? Ocasional

¿A que considera que se deba? Por preocupación

¿Siente cansancio al levantarse? Si

¿En que forma se manifiesta? Dolor muscular

¿Utiliza técnicas de relajación? No

¿Al regresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto?

Su mamá y su esposo

¿Por cuanto tiempo por el tiempo que sea necesario

¿En que actividades le ayudará?

Comida, limpieza y cuidados al bebé y otras cosas que se presenten

¿Quién se levantará por la noche a cuidar la bebé? Ambos

Objetivo:

Estado: Ansiedad _____ Estresada X

Lenguaje _____ respuesta a estímulos Adecuada

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

Si

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

Si

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No

¿Al salir del hospital como se vestirá? Con pañoleta Si

Con calcetas X Abrigada X

¿Qué creencias tiene usted con respecto a la lactancia y la forma de abrigarse?

Que debe abrigarse la espalda y los pies para que no se valla la leche

Objetivo:

¿Viste de acuerdo a su edad?

Si X No _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse
Adecuada

Vestido incompleto _____ Suco X

Inadecuado _____ Otros _____

7. TERMOREGULACION

Subjetivo:

¿La casa que habita es? Fría _____ Caliente: X

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de casa?

Nunca _____ A veces: X

¿Es usted. sensible a los cambios de temperatura?

Si X No _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Cómo se la toma?

Axilar X Bucal _____ No se la toma: _____

¿Temperatura ambiental que le es agradable? 18 - 23 grados

Objetivo:

Temperatura corporal: 36 ° C

Características de la piel: Palidez Transpiración: Abundante

Condiciones del entorno físico: Malas condiciones higiénicas

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño diario _____ c/3er. Día X

Cada ocho días _____ Esporádico _____

Momento preferido para el baño:

Por la mañana _____ Por la noche X

Frecuencia de aseo dental una vez al día X

dos veces _____ tres veces _____ esporádico _____

Prótesis dentales: Si X No _____ Completas _____

Parciales _____

¿Fecha de la última visita al dentista? año 2001

Aseo de manos: antes y después de comer X

Después de eliminar X

¿Sabe como asear sus pezones para amamantar a su hijo?

Si _____ No X

¿Cómo? _____

¿Frecuencia? _____

¿Ha pensado como cuidarse la piel de su abdomen después del parto?
 No

Objetivo:

Aspecto general: Desagradable

Olor corporal Desagradable

Halitosis: Si

Estado del cuero cabelludo Descuidado y sucio

Lesiones dérmicas No

Cambios tegumentarios propios del embarazo Hiperpigmentación

de pezones y línea morena de abdomen

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Marco Antonio	esposo	35 años	Bachillerato	Empleado

¿Es Usted alérgica a algún medicamento?

Si _____ No X a otras sustancia No

¿Tomo usted algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo? No

¿Llevo control prenatal? Si X No _____

¿Cuántas consultas? Siete Consultas

¿Sabe cuando debe acudir a consulta después del parto?

Si _____ No X

¿Sabe porque es importante que la revisen?

Si _____ No X

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo?

Si X No _____

¿Y en su pareja? También

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Se estresa X Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____

¿Busca una solución inmediata? Algunas veces

Objetivo:

¿Deformidades congénitas? No ninguna

¿Condiciones del ambiente en el hogar? Adecuada

Condiciones en el ambiente en su trabajo? Adecuada

3.4. El Modelo de Virginia Henderson

3.4.1. Conceptos básicos	12
3.4.2. Necesidades Básicas	13
3.4.3. La Salud independencia / dependencia y causas de dificultad.	14
3.4.4. Definición de los conceptos claves de este modelo	16
3.4.5. Postulado sobre los que se basa este modelo	16

3.5. Anatomía del Aparato Reproductor Femenino

3.5.1. Órganos Externos	18
3.5.2. Órganos Internos	18
3.5.2.1. La vagina	18
3.5.2.2. El Útero	19
3.5.2.3. Trompas Uterinas	20
3.5.2.4. Los Ovarios	20
3.5.2.5. Pelvis Ósea	21

3.6. Generalidades del Padecimiento

3.6.1. Parto Prematuro	22
3.6.1.1. Etiología	22
3.6.1.2. Signos y Síntomas	23
3.6.1.3. Conducta Terapéutica en la amenaza de Parto Prematuro.	23

3.7. Ruptura Prematura de Membranas

3.7.1. Definición	25
3.7.2. Clasificación	25
3.7.3. Incidencia	25
3.7.4. Factores de Riesgo Múltiples para la RPM	25
3.7.5. Periodo de Latencia	26
3.7.6. Etiopatología	26
3.7.7. Diagnóstico	26
3.7.8. Complicaciones Fetales	27
3.7.9. Complicaciones Maternas	28
3.7.9.1. Infección Puerperal	28
3.7.9.2. Desprendimiento de placenta normoinserta	28
3.7.9.3. Manejo de Ruptura Prematura de Membranas	28
3.7.9.4. Manejo Intrahospitalario	29

3.8 Prodrómos de Trabajo de Parto	30
4. METODOLOGIA	
4.1. Primera Etapa: Valoración	31
4.2. Segunda Etapa: Diagnóstico de Enfermería	31
4.3. Tercera Etapa: Planeación	32
4.4. Cuarta Etapa: Ejecución	32
4.5. Quinta Etapa: Evaluación	32
5. VALORACION DE ENFERMERIA	33
6. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON	36
7. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	49
8. PLANEACION	50
9. EJECUCION	53
10. EVALUACION	60
11. PLAN DE ALTA	62
12. PLANEACION DE LA VISITA DOMICILIARIA	63
13. INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA	64
14. CONCLUSIONES	65
15. GLOSARIO	67
16. BIBLIOGRAFIA	69
17. ANEXOS	71

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Casada años de relación 9 años

Vive con su esposo

Preocupaciones actuales: Que nazca bien su hijo

Rol en la estructura familiar: Esposa

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? 7 años

¿Existen buenas relaciones en su localidad? Si

¿Tiene amigas o familiares en quién confie? Si

¿Cuánto tiempo pasa sola? Mucho

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo? No

Objetivo:

Habla claro: No habla muy claro, habla con cierto temor y voz baja

¿Ve usted bien? Si X No

¿Lleva usted lentes de contacto? Si No X

¿Oye bien? Si X No

Lleva aparato auditivo: Si No X

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS?

Subjetivo:

¿Creencia religiosa? Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No ninguno

¿Principales valores de su familia? Honestidad, amor entre la familia

¿Principales valores de la personales? la fidelidad

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Normal

¿Permite el contacto físico? Si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? :
No ninguno

Otros: _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? Si

¿Tipo de trabajo? Empleada (oficina)

Riesgos: Ninguno

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? De 6 a 8 hrs.

¿Esta satisfecho con su trabajo? Si

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia? No siempre

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? Si

Objetivo:

Estado emocional: Calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufónico.

Ansiosa e inquieta

otros: _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre Caminata esporádicamente

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?

Si

¿Existen recursos recreativos en su comunidad?

Si

¿Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____

Cultural _____ Profesional _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? caminata y ver la T.V.

Objetivo:

Integridad neuromuscular: Adecuada

¿Rechaza las actividades recreativas? No

¿Su estado de ánimo es? Apático _____ aburrido _____

Participativo Si

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Bachillerato

Problemas de aprendizaje: Ninguno

Limitaciones cognitivas: Ninguna

Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: No hay mucho interés en esta actividad

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio?

No

¿Sabe como utilizarse estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: Se encuentra estresada

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: Ansiedad X Dolor _____

Memoria reciente: Normal

Otras manifestaciones: _____

7. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

En el plan de cuidado se plantearan los siguientes diagnósticos de enfermería:

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz, relacionado por hiperventilación, y ansiedad, manifestado por la disminución de presión inspiratoria, espiratoria y falta de aliento.
Eliminación	Estreñimiento, relacionado con hábitos de defecación irregulares y estrés emocional, manifestado por la disminución de la frecuencia, heces duras, secas y formadas e incapacidad para eliminar las heces.
Mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física, relacionada con índice de masa corporal por encima del percentil, deterioro músculo-esquelético y estado de humor ansioso, manifestado por limitación de movimientos y dificultad para moverse en la cama.
Comunicación	Deterioro de la Comunicación Verbal relacionado con la falta de información, estrés y alteración de la autoestima, manifestado por un dialogo escaso y poco claro con temor a hablar.
Higiene y protección de la piel	Déficit de Autocuidado, relacionado con falta de motivación, manifestado por presencia de caries, baño y cambio de ropa cada tercer día.
Nutrición e hidratación	Riesgo de Déficit de Volumen de Líquidos, relacionada por pérdida activa de volumen de líquidos y desviaciones que afectan el acceso a líquidos a su ingesta y absorción (inmovilidad física), manifestada por deshidratación, sequedad de la piel y mucosas. Alteración del sistema gastrointestinal relacionado con la ingesta de alimentos, manifestado por náuseas y vómito.
Descanso y sueño	Alteración del patrón del sueño relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño, embarazo, manifestado por quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y agitación.

8. PLANEACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	PLANEACION
<p>Patrón respiratorio ineficaz, relacionado por hiperventilación y ansiedad, manifestado por la disminución de presión inspiratoria, espiratoria y falta de aliento.</p>	<p>Favorecer el intercambio gaseoso de Rosa Linda en el servicio de labor y aminorar su ansiedad</p>	<p>Explicar la falta de aire y enseñar medidas de autocuidado para mejorar la respiración, explicar que debe tranquilizarse y respirar en forma profunda y sacar el aire poco a poco para que mejore su respiración</p> <p>Cambiar y recomendar la posición de cubito lateral, ya que la incomodidad y la falta de aire puede aliviarse adoptando esta postura</p> <p>Enseñar técnicas de relajación (respiración profunda, visualización y relajación muscular)</p>
<p>Estreñimiento, relacionado con hábitos de defecación irregulares y estrés emocional, manifestado por la disminución de la frecuencia, heces duras, secas y formadas e incapacidad para eliminar las heces.</p>	<p>Mejorar sus hábitos de defecación de Rosa Linda en forma permanente</p>	<p>Promover la desambulación asistiéndola para que camine y enseñar buenas prácticas dietéticas.</p> <p>Proporcionar un listado de alimentos ricos en fibra para favorecer la eliminación y para que la lleve a cabo en cuanto regrese a su domicilio.</p> <p>Orientar sobre el cambio de hábitos Mejorar su alimentación, iniciar un programa de ejercicio y a su vez técnicas para manejar el estrés adecuadamente</p>
<p>Deterioro de la movilidad física, relacionada con índice de masa corporal por encima del percentil, deterioro sensorio-perceptivo (deterioro músculo-esquelético y estado de humor ansioso manifestado por limitación de movimientos y dificultad para moverse en la cama</p>	<p>Conservar fuerzas y tono de músculos que no se utilizan y cuyo movimiento no está contraindicado</p> <p>Prevenir los trastornos de las demás funciones como consecuencia de la limitación de la debilidad</p>	<p>Ayudar a la paciente a cambiar de posición con movimientos suaves utilizando los conocimientos de mecánica corporal</p> <p>Orientar a la paciente para que una vez que se restablezca inicie un programa de ejercicios para bajar de peso (por lo menos realizar 3 días a la semana ejercicio por 30 minutos) y llevar a cabo una alimentación nutritiva y rica en fibra</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	PLANEACION
<p>Deterioro de la Comunicación Verbal relacionado con la falta de información, estrés y alteración de la autoestima, manifestado por un dialogo escaso y poco claro con temor a hablar</p>	<p>Mejorar la comunicación entre la paciente y el equipo de salud, explicar y dar la información necesaria a Rosa linda sobre los procedimientos que se le van a realizar para reducir su estado de ansiedad Mejorar su estado anímico y autoestima</p>	<p>Crear un ambiente que de confianza a la paciente para platicar y lograr su confianza para que exprese sus temores y dudas iniciar hablándole en forma amistosa e informarle sobre cual será el proceso durante su estancia</p> <p>Explicarle de manera sencilla los procedimientos que se le realizaran y pedirle su cooperación para que estos se lleven a cabo</p>
<p>Déficit de Autocuidado, relacionado con falta de motivación, manifestado por presencia de caries, baño y cambio de ropa cada tercer día.</p>	<p>Motivar y educar a Rosa Linda sobre su higiene personal Explicar el riesgo de enfermedad por malos hábitos de higiene personal.</p>	<p>Cambio de ropa de la cama y de la paciente.</p> <p>Se enseño la técnica de cepillado y la importancia que tiene el conservar sus piezas dentales en buen estado.</p> <p>Se realizo baño de esponja a la paciente y se explico la importancia de mantenerse siempre limpia.</p>
<p>Riesgo de Déficit de Volumen de Líquidos, relacionada por perdida activa de volumen de líquidos y desviaciones que afectan el acceso a líquidos a su ingesta y absorción (inmovilidad física), manifestada por deshidratación, sequedad de la piel y mucosas</p> <p>Alteración del sistema gastrointestinal relacionado con la ingesta de alimentos, manifestado por nauseas y vómito</p>	<p>Mejorar el estado de hidratación, Incrementar la ingesta de nutrientes y disminuir las nauseas y vómito</p>	<p>Orientar para que durante la ingesta espaciar los bocados y evitar alimentos y olores desagradables para evitar las nauseas y vómito</p> <p>Mostrar solución glucosada al 10% de 500 cc. Para carga rápida y el resto para 6 hrs Proporcionar líquidos claros (le . gelatina)</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	PLANEACION
<p>Alteración del patrón del sueño relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño, embarazo, manifestado por quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y agitación</p>	<p>Mejorar el patrón de sueño, evitar la agitación y sobresaltos</p>	<p>Orientar a la paciente sobre los procedimientos que se le realizarán. Se le informó que después del servicio de labor, pasara a la sala de expulsión si el médico lo indica y posteriormente a recuperación y que esta siendo atendida por un equipo médico confiable.</p> <p>También se orientó sobre los cuidados que deberá tener con el recién nacido (La importancia de la lactancia materna, aseo, y cambio de ropa).</p> <p>Enseñar técnicas de relajación para que las practique ante de dormir. Sobre todo pensar en sucesos positivos.</p> <p>Explicar la importancia de dormir y descansar adecuadamente para mantener un estado emocional óptimo.</p>

9. EJECUCION

NECESIDAD: Oxigenación

DX. DE ENFERMERIA. Patrón respiratorio ineficaz, relacionado por hiperventilación y ansiedad, manifestado por la disminución de presión inspiratoria, espiratoria y falta de aliento.

OBJETIVO:

- ☞ Favorecer el intercambio gaseoso de Rosa Linda en el servicio de labor.
- ☞ Aminorar el estado de ansiedad de Rosa Linda

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Explicar la falta de aire y enseñar medidas de autocuidado para mejorar la respiración, explicar que debe tranquilizarse y respirar en forma profunda y sacar el aire poco a poco para que mejore su respiración.	La presencia de disnea se hace más intensa cuando avanza el embarazo, provocando angustia, además hacia el octavo o noveno mes, el útero comprime el diafragma hasta 4 cms.	La paciente comprendió que ella misma alteraba su respiración ocasionando la falta de aire.
Cambiar y recomendar la posición de cubito lateral, ya que la incomodidad y la falta de aire puede aliviarse adoptando esta postura.	Ciertos cambios posturales desplazarán al diafragma de la presión ejercida por el útero distendido y se facilitará la respiración.	Se ayudo a la paciente a cambiar de posición y mejoro su estado y se sintió mas cómoda y tranquila.
Enseñar técnicas de relajación (respiración profunda, visualización y relajación muscular)	Realizar técnicas de relajación (respiración), ayuda a mejorar el intercambio de gases a nivel pulmonar.	La paciente realizó una técnica de relajación (respiración profunda) y se tranquilizó teniendo mejoría.

NECESIDAD Eliminación

DX. DE ENFERMERIA. Estreñimiento, relacionado con hábitos de defecación irregulares y estrés emocional, manifestado por la disminución de la frecuencia; heces duras, secas y formadas e incapacidad para eliminar las heces.

OBJETIVO:

- ☞ Mejorar sus hábitos de defecación de Rosa Linda en forma permanente
- ☞ Enseñar a Rosa Linda a manejar su nivel de estrés
- ☞ Orientar sobre los alimentos que debe consumir y los beneficios de este tipo de alimentación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Promover la deambulación asistiéndola para que camine y enseñar buenas prácticas dietéticas.	Para que el organismo funcione es necesario que se eliminen los residuos alimenticios que se encuentran en el conducto gastrointestinal. ¹³	La paciente evacuo durante la mañana con cierta dificultad.
Proporcionar un listado de alimentos ricos en fibra para favorecer la eliminación y la lleve a cabo en cuanto regrese a su domicilio.	Es necesaria una ingestión adecuada de nutrientes y de alimentos ricos en fibra y en energía para la salud óptima. ¹⁴	La paciente se comprometió a consumir los alimentos naturales listados sustituyendo el laxante que toma.
Orientar sobre el cambio de hábitos. Mejorar su alimentación, iniciar un programa de ejercicio y a su vez técnicas para manejar el estrés adecuadamente		La paciente expreso haber entendido la importancia de cambiar de hábitos para mejorar su eliminación.

¹³ NORDMARK RN Bases Científicas de la Enfermería Manual Moderno 2ª edición Ed 1999 p. 243

¹⁴ DU GAS every Witter Tratado de Enfermería Práctica Interamericana 3ª Edición 1979 p. 221

NECESIDAD: Mantener una Buena Postura

DX. DE ENFERMERIA. Deterioro de la movilidad física, relacionada con índice de masa corporal por encima del percentil, deterioro músculo-esquelético y estado de humor ansioso, manifiestado por limitación de movimientos y dificultad para moverse en la cama

OBJETIVO:

- ☞ Conservar fuerzas y tono de músculos que no se utilizan y cuyo movimiento no esta contraindicado.
- ☞ Orientar a Rosa Linda sobre su alimentación y control de peso
- ☞ Prevenir los trastornos de las demás funciones como consecuencia de la limitación de la debilidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Ayudar a la paciente a cambiar de posición con movimientos suaves utilizando los conocimientos de mecánica corporal.	El comienzo de degeneración comienza casi de inmediato cuando no se utilizan los músculos. ¹⁵	Después del cambio de posición de la paciente se sintió mejor.
Orientar a la paciente para que una vez que se restablezca iniciar un programa de ejercicios para bajar de peso (por lo menos realizar 3 días a la semana ejercicio por 30 minutos) y llevar a cabo una alimentación nutritiva y rica en fibra.	El ejercicio produce efectos benéficos en todos los aparatos y sistemas corporales. ¹⁶ Es necesaria una ingestión adecuada de nutrientes esenciales y de alimentos ricos en energía para la salud óptima. ¹⁷	La paciente expreso haber entendido la importancia de llevar a cabo un programa de ejercicios y una alimentación adecuada y menciona que en cuanto se recupere iniciara un programa de ejercicios.

¹⁵ DU GAS Beverly Witter Tratado de Enfermeria Práctica Interamericana . 3° Ed. Edición 1979 p. 239

¹⁶ DU GAS Beverly Witter Tratado de Enfermeria Práctica Interamericana . 3° Ed. Edición 1979 p. 239

¹⁷ DU GAS Beverly Witter Tratado de Enfermeria Práctica Interamericana . 3° Ed. Edición 1979 p. 221

NECESIDAD: Comunicación

DX. DE ENFERMERIA: Deterioro de la Comunicación Verbal relacionado con la falta de información, estrés y alteración de la autoestima, manifestado por un dialogo escaso y poco claro con temor a hablar .

OBJETIVO:

- ☞ Mejorar la comunicación entre la paciente y el equipo de salud, explicar y dar la información necesana a Rosa Linda sobre los procedimientos que se le van a realizar para reducir su estado de ansiedad.
- ☞ Mejorar su estado anímico y autoestima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Crear un ambiente que de confianza a la paciente para platicar y lograr su confianza para que exprese sus temores y dudas. Iniciar hablándole en forma amistosa e informarle sobre cual será el proceso durante su estancia.</p>	<p>Es más fácil aliviar un temor conocido que la ansiedad cuyo origen se desconoce. Por lo general las personas sienten menos ansiedad cuando conocen lo que les va a suceder.¹⁸</p>	<p>La paciente expreso su angustia y preocupación que tenia por la situación similar que habia vivido con su embarazo anterior.</p>
<p>Explicarle de manera sencilla los procedimientos que se le realizaran y pedirle su cooperación para que estos se lleven a cabo</p>	<p>El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación para su expresión¹⁹</p>	<p>La paciente expreso haber entendido los procedimientos que se le realizarán y sobre todo entendió que no necesariamente pasaria lo mismo que con su embarazo anterior</p>

¹⁸ GAS Beverly Witter Tratado de Enfermeria Practica Interamericana 3ª Ed Edición 1979 p 173

¹⁹ NORDMARK RN Bases Cientificas de la Enfermeria Manual Moderno 2ª edición Ed 1999 p 585

NECESIDAD: Higiene y Protección de la piel

DX. DE ENFERMERIA: Déficit de Autocuidado, relacionado con falta de motivación, manifestado por presencia de caries, baño y cambio de ropa espaciado cada tercer día .

OBJETIVO:

- ✓ Motivar y educar a Rosa Linda sobre su higiene personal
- ✓ Explicar el riesgo de enfermedad por malos hábitos de higiene personal .

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Cambio de ropa de la cama y de la paciente.	La salud en general afecta el estado de la piel , dientes y boca y la capacidad del sujeto de cuidar su propia higiene. ²⁰	La paciente quedo cómoda y limpia en su cama .
Se enseñó la técnica de cepillado y la importancia que tiene el conservar sus piezas dentales en buen estado.	Durante todo el ciclo vital ocurren cambios en piel, mucosas, cabello, uñas y dientes. ²¹	La paciente expreso haber entendido la técnica de cepillado de dientes.
Se realizo baño de esponja a la paciente y se explico la importancia de mantenerse siempre limpia.	El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico contra las bacterias y ácidos grasos de la piel.	La paciente quedo limpia y cómoda después del baño y comprendió el porque mantenerse limpia por lo que se cumplió el objetivo.

²⁰ Beverly Witter Du Gas Interamericana . 3ª Ed Edición 1979 p 284

²¹ Beverly Witter Du Gas Interamericana 3ª Ed Edición 1979 p 284

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación

DX. DE ENFERMERIA:

Riesgo de Déficit de Volumen de Líquidos, relacionada por pérdida activa de volumen de líquidos y desviaciones que afectan el acceso a líquidos a su ingesta y absorción (inmovilidad física), manifestada por deshidratación, sequedad de la piel y mucosas

Alteración del sistema gastrointestinal relacionado con la ingesta de alimentos, manifestado por náuseas y vómito.

OBJETIVO:

- ☞ Mejorar el estado de hidratación, e incrementar la ingesta de nutrientes y disminuir las náuseas y vómito.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Orientar para que durante la ingesta espaciar los bocados y evitar alimentos y olores desagradables para evitar las náuseas y vómito.	Los alimentos secos por la mañana aumentan el nivel de glucosa en sangre y ayudan a absorber los jugos gástricos contenidos en el estómago.	La paciente continuó con náuseas, pero no llegó al vómito.
Ministrar solución glucosada al 10% de 500 cc. Para carga rápida y el resto para 8 hrs.	Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de líquidos. ²²	El estado de hidratación de la paciente mejoró considerablemente por lo que se cumplió el objetivo.
Proporcionar líquidos claros. (gelatina y té)	Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente. ²³	se permitió por la mañana que la paciente tomara dieta blanda y líquidos.

²² NORDMARK RN Bases Científicas de la Enfermería Manual Moderno 2ª edición Ed 1999 p 128-188

²³ NORDMARK RN Bases Científicas de la Enfermería Manual Moderno 2ª edición Ed 1999 p 585

NECESIDAD: Descanso y sueño

DX. DE ENFERMERIA: Alteración del patrón del sueño relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño, embarazo, manifestado por quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y agitación

OBJETIVO:

- ☞ Mejorar el patrón de sueño de Rosa Linda
- ☞ Evitar la agitación y sobresaltos de Rosa Linda
- ☞ Orientar a Rosalinda sobre técnicas de relajación y la forma de evitar pensamientos negativos antes de dormir.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Orientar a la paciente sobre los procedimientos que se le realizarán. Se le informo que después del servicio de labor, pasara a la sala de expulsión si el médico lo indica y posteriormente a recuperación .</p>	<p>Por lo general las personas sienten menos ansiedad cuando conocen lo que les va a suceder. Cuando las personas sienten que conservan cierto control de la situación, la ansiedad disminuye.²⁴</p>	<p>La paciente quedo mas tranquila al saber todo el proceso por el cual pasará y sobre todo se sintió con más confianza en el equipo médico que la atenderá.</p>
<p>También se oriento sobre los cuidados que deberá tener con el recién nacido. (cuidar su posición para que no se le valla a asfixiar por descuido , la importancia de la lactancia materna).</p>	<p>Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental) los adultos necesitan dormir en promedio de 7 a 8 hrs. Dianas</p>	<p>La paciente aprendió a realizar una técnica de relajación (técnica de respiración) y esto la tranquilizó. También se siento tranquila y cómoda con el baño y el cambio de ropa de cama.</p>
<p>Enseñar técnicas de relajación para que las practique ante de dormir. Sobre todo pensar en sucesos positivos</p>		
<p>Explicar la importancia de dormir y descansar adecuadamente para mantener un estado emocional óptimo</p>		

²⁴ GAS Beverly Witter Tratado de Enfermería Práctica. Interamericana . 3ª Ed Edición 1979 p. 173

10. EVALUACION

El logro de los objetivos fue de la siguiente manera:

NECESIDAD	AL INICIAR EL PAE	AL TERMINAR EL PAE
Oxigenación	Favorecer el intercambio gaseoso de Rosa Linda en el servicio de labor. Mejorar su estado de ansiedad.	Después de explicar a la paciente los procedimientos y crear un ambiente de confianza mejoro su estado; ya que se sintió más tranquila, además de realizar una técnica de relajación (respiración profunda), y coloco oxigeno con puntas nasales y posición por lo que se cumplió el objetivo.
Eliminación	Mejorar sus hábitos de defecación de Rosa Linda en forma permanente. Enseñar a Rosa Linda a manejar su nivel de estrés. Orientar sobre los alimentos que debe consumir y los beneficios de este tipo de alimentación.	La paciente evacuó por la mañana aunque manifestó que con cierta molestia. Rosa Linda expreso haber entendido sobre la alimentación que debe llevar en forma permanente y que debe aprender a manejar el estrés e iniciar un programa de ejercicios.
Mantener una buena postura.	Conservar fuerzas y tono de músculos que no se utilizan y cuyo movimiento no esta contraindicado. Orientar a Rosal Linda sobre su alimentación y control de peso. Prevenir los trastornos de las demás funciones como consecuencia de la limitación de la debilidad.	Después de ayudar a cambiar de posición a la paciente la paciente se sintió más cómoda. Por lo que se cumplió con este objetivo en forma parcial ya que la paciente tiene sobre peso y esto afecta su condición física.
Comunicación	Mejorar la comunicación entre la paciente y el equipo de salud, explicar y dar la información necesana a Rosa Linda sobre los procedimientos que se le van a realizar para reducir su estado de ansiedad.	Este objetivo se cumplió ya que la paciente manifestó estar mucho más tranquila y esto ayudo a que ella expresara todas sus dudas y temores en forma clara.

NECESIDAD	AL INICIAR EL PAE	AL TERMINAR EL PAE
Higiene y protección de la piel	<p>Motivar y educar a Rosa Linda sobre su higiene personal</p> <p>Explicar el riesgo de enfermedad por malos hábitos de higiene personal</p>	<p>Después del baño de esponja, cambio de ropa de cama y de la paciente se sintió más limpia y cómoda. También comprendió la importancia de la higiene, por lo que se cumplió el objetivo</p>
Nutrición e hidratación	<p>Mejorar el estado de hidratación e incrementar la ingesta de nutrientes y disminuir las náuseas y vómito</p>	<p>Este objetivo se logró de manera parcial ya que la paciente continuó con náuseas sin llegar al vómito y esto impidió la ingestión de la dieta blanda solo tolero algunos líquidos.</p>
Descanso y sueño	<p>Mejorar el patrón de sueño de Rosa Linda</p> <p>Evitar la agitación y sobresaltos de Rosa Linda</p> <p>Orientar a Rosa Linda sobre técnicas de relajación y la forma de evitar pensamientos negativos antes de dormir.</p>	<p>La paciente manifestó estar más tranquila y pudo descansar estando limpia y cómoda. Por lo que se cumplió con este objetivo.</p>

11. PLAN DE ALTA

NECESIDAD	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBJETIVO
Eliminación	Orientar sobre la alimentación rica en fibra que debe llevar a cabo de manera permanente y el ejercicio	Verificar que la paciente comprenda los beneficios de una alimentación rica en fibra y de iniciar un programa de ejercicio
Higiene y protección de la piel.	Orientar a la paciente sobre el mejoramiento de los hábitos higiénicos personales, principalmente pedirle que acuda al dentista	Explicar la técnica de cepillado y las medidas higiénicas que debe llevar a cabo (baño diario, cepillado de dientes, aseo de uñas y cambio de ropa completo diario)
Nutrición e hidratación	Orientar sobre la importancia de llevar a cabo una alimentación nutritiva y rica en fibra; así como tomar suficientes líquidos como mínimo 2 litros de agua al día Motivar a la paciente para que al regreso a su domicilio ya que este restablecida, inicie un programa de ejercicio	Orientar sobre la importancia de una alimentación nutritiva y rica en fibra y la importancia de la hidratación (tomar como mínimo dos litros de agua diariamente)
Descanso y sueño	Orientar a la paciente para que realice técnicas de relajación en su casa antes de dormir y evitar pensamiento negativos	Verificar que la paciente realice adecuadamente las técnicas de relajación (respiración, visualización y relajación muscular)
Comunicación	Dar charla sobre cuidados del puérpelo, características de los loquios y signos de alarma Ventajas de la lactancia materna Cuidados del recién nacido	Orientar sobre temas de gran importancia que ayudarán a la paciente al regreso a su domicilio Evitar dudas sobre la lactancia materna, evitar presencia de grietas y cuidados del recién nacido

12. PLANEACION DE LA VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVOS:

- ☞ Corroborar el medio en que se desenvuelve el binomio en relación a los hábitos higiénicos y alimenticios.
- ☞ Verificar el cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de alta.
- ☞ Reforzar la orientación sobre temas tales como:
 - Cuidados durante el puerperio
 - Cuidados al recién nacido
 - Nutrición
 - Programa de ejercicios

Me comuniqué vía telefónica con la Sra. Rosa Linda para confirmar la cita

Lugar: Calle Michoacán s/n ejido de Tecamac Estado de México

Día: Día 29 de Enero, 2002

Hora: 16:00 p.m.

13. INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA

Se realizo la visita domiciliaria en el puerperio tardío , e día 15º de posparto, el recién nacido presenta buena coloración, hidratado, reactivo, ya se le cayo el cordón umbilical. Presenta llanto vigoroso, lo alimenta cada tres horas aproximadamente y sus evacuaciones son amarillas no fétidas

La Sra. Rosa Linda esta contenta con su bebe porque esta sano y no hubo mayores complicaciones . A la exploración física presenta ligera palidez de tegumentos, hidratada, mamas turgentes y con abundante leche. Su esposo la esta apoyando con el bebe y también su mamá.

- ☞ Se observa buena integración familiar aunque la vivienda es precaria cuenta con todos los servicios.
- ☞ Se observa la técnica de lactancia materna sin problemas.
- ☞ Se orienta sobre su cita para que acuda a planificación familiar la próxima semana.
- ☞ Se orienta sobre la necesidad de reposo y descanso, para recuperar fuerzas físicas psicológicas.
- ☞ Se oriento sobre la importancia de su alimentación rica en fibra y que una vez restablecida inicie un programa de ejercicios.

14. CONCLUSIONES

En este trabajo se elaboro el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a la Sra Rosa Linda Olguín de 28 años con 36.2 SDG con amenaza de parto prematuro y prodromos de trabajo de parto y ruptura prematura de membranas. Los objetivos planteados en su mayoría se lograron y con esto se permite corroborar los beneficios que conlleva la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería.

La aplicación del Proceso de Atención de enfermería con base al modelo de Virginia Henderson, considero es una excelente integración, ya que se maneja al paciente holísticamente con el objetivo de lograr su salud con la independencia y complementando con los diagnósticos de la NANDA.

Es muy importante no perder de vista que contamos con una herramienta tan efectiva como lo es el Proceso de Atención de Enfermería.

Iniciando con la etapa de valoración que permitió detectar de forma oportuna las necesidades de la Sra Rosa Linda Olguín. Utilizando los métodos básicos de la recopilación de información como son la observación y la entrevista, como también a través de la aplicación de una Historia Clínica siguiendo como base las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

En la etapa de diagnóstico de enfermería. Después de la valoración de la energía y debilidad de la paciente se llevo a la conclusión basada en principios científicos e indicando sus necesidades, que es el diagnóstico de enfermería apoyados con los diagnósticos de la NANDA, posteriormente se realizó un plan de trabajo estableciendo prioridades y se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería individualizadas, brindando una atención más personal dirigida a la pronta recuperación de la salud de la paciente. También se realizó una evaluación para verificar el logro de los objetivos planteados.

Respecto al caso las necesidades oxigenación, eliminación, comunicación, higiene y protección de la piel y descanso y sueño se cumplieron favorablemente los objetivos.

La necesidad de mantener una buena postura se logro de manera parcial ya que la paciente tiene un sobre peso y esto dificulta su movimiento y por el momento no puede realizar ejercicio hasta que se restablezca para que baje de peso y mejore su alimentación.

Respecto a la necesidad de nutrición e hidratación el logro también fue de manera parcial ya que la hidratación mejoro, sin embargo no tolero la dieta blanda ya que continuaba con náuseas.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería se logro concluir y es de gran importancia mencionar el gran apoyo y disponibilidad del personal, autoridades y recursos (instalaciones y equipo) del Hospital General de Zona No. 68 del IMSS

El Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento importantísimo que debemos utilizar de forma sistemática para brindar atención de calidad y para el crecimiento profesional de nuestra profesión, para mí ha sido muy satisfactorio ya que es un aprendizaje enriquecedor en mi carrera como profesional y se que a través de este aprendizaje realizare mi trabajo cada día con más calidad y sustentado en una base científica y de manera asertiva. Así como de manera particular en este caso obtener el título de Lic. en Enfermería y Obstetricia.

Considero que sería de gran valor incluir el PAE en alguna de las asignaturas de forma más amplia para la formación de la Licenciatura en Enfermería; ya que de manera particular no estaba muy familiarizada con este instrumento y pienso que es muy importante que todo profesional de enfermería logre dominar El Proceso de Atención de Enfermería en forma sistemática y que sería un apoyo importante que se aplicará en todas las instituciones de salud, tanto al individuo, familia y comunidad , para lograr una mejor calidad de vida.

15. GLOSARIO DE TERMINOS

ANSIEDAD: Respuesta emocional a peligro de origen desconocido.

ANEMIA: Alteración en la que la sangre no tiene suficiente hemoglobina o eritrocitos.

CUIDADO: Que concierne o se interesa en otro.

DEPRESION: Sentimiento de tristeza o melancolía.

DIAGNOSTICO: Enunciado claro, conciso y definitivo del estado de salud del paciente que puede ser afectado por la intervención de enfermería.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Apreciación de aquellas necesidades de los pacientes que pueden ayudar a una enfermera a llevar a cabo la acción de enfermería.

DOLOR: Sensación desagradable por estimulación de las terminaciones nerviosas especializadas.

EVACUACION: Excreción del contenido intestinal o vesical.

EVALUACION DEL PROCESO: Examen de las acciones e interacciones de enfermería.

EMESIS: Vómito

HALITOSIS: Olor desagradable del aliento.

HECES: Producto de la evacuación intestinal

HIGIENE: La ciencia de la salud y su preservación, practicas que permiten la buena salud

HOLISMO: Concepción del sujeto como un todo, y que toma en cuenta los componentes físicos, sociales y emocionales

HOLISTICO: Punto de vista de que la integración de un todo tiene una realidad independiente de la suma de sus partes y mayor que ella

INDEPENDIENTE: Asumir una autondad autónoma para realizar actividades.

LACTANCIA: Etapa de la vida en que la madre amamanta a su hijo.

PACIENTE: Individuo, familia, un grupo a la comunidad.

PARTO PRETERMINO: Expulsión del feto, fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional de 22 semanas a menos de 37 semanas.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA: Actividad intelectual deliberada por la cual la practica es abordada de manera sistemática y ordenada.

PUERPERIO TARDIO: Periodo que incluye del octavo al día cuarenta y dos, después del alumbramiento.

NAUCEAS: Malestar estomacal acompañado de urgencia de vomitar.

NUTRIENTE: Sustancia nutritiva, sustancia que nos proporciona nutrición.

OBESO: Corpulento; con exceso de grasa.

RESPIRACION: Forma por la cual los pulmones intercambian gases con la atmósfera.

SALUD OPTIMA: El mejor nivel posible de funcionamiento en el sujeto.

VOMITO: Emesis ; sustancias expulsadas desde el estómago por la boca.

16. BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO Camacho , María Guadalupe Participación de Enfermería en la Evolución Clínica del Puerperio. ENEO UNAM 1999 México
2. ALFARO Rosa Linda. Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Práctica 3ª Edición . Edt. Madrid Mos By Doyman 1996
3. BENSON RALPH, "Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico" 5ª. Ed. Edit. El Manual Moderno, 1992.
4. DU GAS Beverly Witter . Tratado de Enfermería Práctica . México Interamericana. 3ª. Edición 1999. Traducido al español por Antonio Garst.
5. GONZALEZ Vázquez Margarita Antecedentes de la Perinatología ENEO UNAM. MÉXICO 1999.
6. HENDERSON A. Virginia. La naturaleza de la Enfermería 4ta. Edición Edt. Interamericana – Mc. Graw Hil 1994 México.
7. L.J. CARPENITO "Diagnósticos de Enfermería Aplicación a la Práctica Clínica" Mc Graw – Hill Interamericana 5ª edición 1994 México.
8. L.J. CARPENITO, "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Diagnósticos de Enfermería y Problemas Asociados". McGraw – Hill Interamericana edición 1994 México.
9. LUIS RODRIGO Ma Teresa "Diagnósticos Enfermeros un Instrumento para la Práctica Asistencial." Editonal Macout Brace Madrid 1998.
10. MANDRAGON C. Héctor "Obstencia Básica" Ilustrada 3ª Reimpresión Edt. Trillas 1997 México
11. MANDRAGON C. Héctor "Gineco Obstetncia para Enfermeras" Ilustrada 3ª Reimpresión Edt. Trillas 1997 México
12. NAVA Báez Imelda , CAMACHO Fernández Lilia "Manual de Gineco Obstetncia". FES Iztacala UNAM México 2000

13. NORT AMERICAN NURSING ASSOCIATION Filadelfia, Pensilvania
Diagnósticos Enfermeros de la NANDA Definiciones y Clasificación
1999 – 2000.
14. UNIVERSIDAD Nacional Autónoma de México. Teorías y Modelos
SUA 2001.
15. UNIVERSIDAD Nacional Autónoma de México. Proceso de Atención
de Enfermería. SUA Junio 1996.
16. UNIVESIDAD Nacional Autónoma de México Obstetricia I . SUA.
Octubre 2001.
17. UNIVERSIDAD Nacional Autónoma de México. Obstetricia II SUA.
Febrero 2002.

17. ANEXOS

ANEXO 1

EXAMEN FISICO

CABEZA:

CARA:

OJOS:

NARIZ:

BOCA:

OIDOS:

CUELLO:

TORAX ANTERIOR:

GLANDULAS MAMARIAS:

TORAX POSTERIOR:

ABDOMEN:

GENITALES FEMENINOS:

EXTREMIDADES SUPERIORES:

EXTREMIDADES INFERIORES:

ANEXO 2

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA UTILIZANDO LAS 14 NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Ocupación:

Fecha de Admisión:

Procedencia:

Fiabilidad (1-4):

Miembro de la Familia:

/Persona significativa

Peso:

Talla:

Sexo:

Escolaridad:

Hora:

Fuente:

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Sujetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? _____

¿Fumaba usted antes de su embarazo? Si _____ No _____

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? Si _____ No _____

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Nunca _____ En alguna ocasión: _____

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarlo durante su estancia en el hospital?

Si _____ No _____

Cual: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales:

Frecuencia respiratoria: _____ Frecuencia cardiaca _____

T.A. _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel /lechos: _____

ungueales / peribucal: _____

Circulación de retorno venoso: _____

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

No. de comidas diarias: _____

¿Come a horas regulares? Si _____ No _____

Si la respuesta es Si precise: _____

¿Sigue usted una dieta especial? Si _____ No _____

¿De qué tipo? _____

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? _____

¿Tiene algún trastorno alimenticio? _____

¿Tiene problemas de masticación y deglución? _____

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Agua _____

Café _____ Refresco _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Cerveza _____

Vino _____ Alcohol _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Sabe que tipo de alimentación debe llevar para favorecer la lactancia?

¿Qué cantidad de líquidos? _____

Dieta Habitual

Alimentos	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carnes					
Pescado					
Huevo					
Frutas					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortillas					
Chatarra					

Objetivo

¿Turgencia de la piel ? _____

Membranas mucosas Hidratadas _____ Secas _____

Características de Uñas _____

Cabello _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____

Aspecto de dientes _____ Encías: _____

Heridas: Tipo: _____ Localización _____

3. ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____ Estreñimiento _____

Diarrea frecuente _____

¿Toma Usted algún laxante? Si _____ No _____

¿Cuál? _____

Orina Normal _____ Con dolor? _____

Menstruación frecuencia: _____ Duración: _____

Historia de hemorragias: _____

¿El estrés le ocasiona diarrea? Si _____ No _____

¿Se siente incomoda a causa de una sudoración abundante?

Si _____ No _____

¿Por secreciones vaginales? Si _____ No _____

¿Conoce usted las características del sangrado en el puerperio?

Si _____ No _____

¿Conoce Usted el tiempo que le durara el sangrado?

Si _____ No _____

Objetivo:

Abdomen / características: _____

Involución uterina: _____ Altura del fondo uterino: _____

Ruidos Intestinales: _____

Palpación globo vesical: _____ Genitales: _____

4. **MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Subjetivo:

Capacidad fisica cotidiana: _____

¿Qué deporte o actividad fisica practica? Correr: _____

Aeróbic: _____ Bicicleta: _____

Ninguna: _____

Actividades en su tiempo libre: _____

Da algún paseo fuera de su casa: Si _____ No _____

¿Practicaba ejercicios prenatales? _____

¿Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

Si _____ No _____

¿Conoce las posiciones que debe adquirir para amantar a su hijo?

Si _____ No _____

Objetivo:

Estado del sistema esquelético / fuerza: _____

Posturas: _____ Ayuda para deambular: _____

Dolor con el movimiento: _____

Estado Emocional: _____

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? Si _____ No _____

Horario de descanso: _____ horario de descanso: _____

¿Padece insomnio? _____

¿A que considera que se deba? _____

¿Siente cansancio al levantarse? _____

¿En que forma se manifiesta? _____

¿utiliza técnicas de relajación? _____

¿Al regresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto?

¿Por cuanto tiempo _____

¿En que actividades le ayudará?

¿Quién se levantará por la noche a cuidar la bebé?

Objetivo:

Estado: Ansiedad _____ Estresada _____

Lenguaje _____ respuesta a estímulos _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

objetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

¿Al salir del hospital como se vestirá? Con pañoleta _____

Con calcetas _____ Abrigada _____

¿Qué creencias tiene usted con respecto a la lactancia y la forma de abrigarse?

Objetivo:

¿Viste de acuerdo a su edad?

Si _____ No _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Vestido incompleto _____ Sucio _____

Inadecuado _____ Otros _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿La casa que habita es? Fria _____ Caliente: _____

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de casa?

Nunca _____ A veces: _____

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura?

Si _____ No _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Cómo se la toma?

Axilar _____ Bucal _____ No se la toma: _____

¿Temperatura ambiental que le es agradable? _____

Objetivos:

Temperatura corporal: _____

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño diario _____ c/3er. Día _____

Cada ocho días _____ Esporádico _____

Momento prefendo para el baño:

Por la mañana _____ Por la noche _____

Frecuencia de aseo dental: una vez al día _____

dos veces _____ tres veces _____ esporádico _____

Prótesis dentales: Si _____ No _____ Completas _____

Parciales _____

¿Fecha de la última visita al dentista? _____

Aseo de manos: antes y después de comer _____

Después de eliminar _____

¿Sabe como asear sus pezones para amamantar a su hijo?

Si _____ No _____

¿Cómo? _____

¿Frecuencia? _____

¿Ha pensado como cuidarse la piel de su abdomen después del parto?

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo _____

Lesiones dérmicas _____

Cambios tegumentarios propios del embarazo _____

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION

¿Es Usted alérgica a algún medicamento?

Si _____ No _____ a otras sustancia _____

¿Tomo usted algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo? _____

¿Llevo control prenatal? Si _____ No _____

¿Cuántas consultas? _____

¿Sabe cuando debe acudir a consulta después del parto?

Si _____ No _____

¿Sabe porque es importante que la revisen?

Si _____ No _____

¿Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo?

Si _____ No _____

¿Y en su pareja? _____

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Se estresa _____ Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____

¿Busca una solución inmediata? _____

Objetivo:

¿Deformidades congénitas? _____

¿Condiciones del ambiente en el hogar? _____

Condiciones en el ambiente en su trabajo? _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ años de relación _____

Vive con _____

Preocupaciones actuales: _____

Rol en la estructura familiar: _____

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? _____

¿Existen buenas relaciones en su localidad? _____

¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? _____

¿Cuánto tiempo pasa sola? _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo? _____

Objetivo:

Habla claro _____ Confusa _____

¿Ve usted bien? Si _____ No _____

¿Lleva usted lentes de contacto? Si _____ No _____

¿Oye bien? Si _____ No _____

Lleva aparato auditivo: Si _____ No _____

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS?

Subjetivo:

¿Creencia religiosa? _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

¿Principales valores de su familia? : _____

¿Principales valores de la personales? _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? :

Otros: _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? _____

¿Tipo de trabajo? _____

Riesgos: _____

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? _____

¿Esta satisfecho con su trabajo? _____

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia? _____

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

Estado emocional: Calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico.

Otros: _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

¿Actividades que realiza en su tiempo libre? _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?

¿Existen recursos recreativos en su comunidad?

¿Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____

Cultural _____ Profesional _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? _____

Objetivo:

Integridad neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es? Apático _____ aburrido _____

Participativo _____

14. NECESIDAD DE APRENDISAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo: _____

Preferencias leer / escribir: _____