

74

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

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PACIENTE ADULTA CON ALTERACIÓN EN EL
MANTENIMIENTO DE LA SALUD ASOCIADO A EMBARAZO DE TERMINO
CON DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA**

Que para obtener el título de :

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

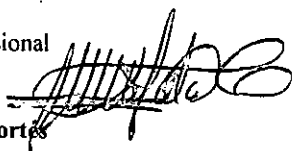
PRESENTA

MA. SALUD FLORES ACOSTA

Número de cuenta: 9562399-7

Director de trabajo recepcional

Lic. Magdalena Mata Cortés



OCTUBRE del 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

	PÁGINA.
Introducción	1
Justificación	7
Objetivos	9
I.- MARCO TEORICO: Aspectos Conceptuales	10
1.1 Proceso de enfermería (Conceptos)	11
1.2 Características del proceso	11
1.3 Bases del proceso atención de enfermería	12
1.4 Organización del proceso atención de enfermería	13
1.4.1 Valoración.	13
1.4.2 Diagnóstico.	23
1.4.3 Planeación.	31
1.4.4 Ejecución.	33
1.4.5 Evaluación.	35
1.5 Conceptualización de un modelo	36
1.6 Generalidades del modelo de Virginia Henderson	40
1.7 Aspectos generales de la patología (Distocia). Concepto. Clasificación. Etiología. Cesarea. Indicaciones. Frecuencia. Tipos. Ventajas. Desventajas.	44

II.- METODOLOGÍA	55
2.1 Valoración	57
2.1.1 La observación	58
2.1.2 Entrevista de enfermería	60
2.1.3 Historia clínica de enfermería	63
2.1.4 Diagnóstico de enfermería	65
2.2 Planeación	66
2.3 Ejecución	66
2.4 Evaluación	66
III.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	67
3.1 Presentación de caso	68
3.2 Valoración	70
3.2.1 Observación	70
3.2.2 Entrevista de enfermería	72
3.2.3 Examen de enfermería	74
3.2.4 Historia clínica de enfermería	76
3.2.5 Exploración física	80
3.2.6 Resumen clínico	82
3.3 Diagnóstico de enfermería	87
3.4 Planeación	88
3.5 Ejecución	94
3.6 Evaluación	121
IV.- CONCLUSIONES, GLOSARIO Y BIBLIOGRAFIA.	127

INTRODUCCIÓN

La enfermera contribuye en forma permanente a recuperar y mantener la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, a través de la atención integral y humanística, para ello es necesario estar preparado a fin de responder a las necesidades requeridas para brindar una pronta recuperación del paciente y reintegrarlo en mejores condiciones posibles a su núcleo familiar y laboral a través del cuidado de enfermería, el cual se extiende a su familia y en general a la comunidad pretendiendo ser lo mejor útil posible.

El proceso atención de enfermería que se elabora es para dar a conocer las acciones de enfermería que son necesarias para planear y fundamentar la atención de la paciente que ha presentado distocias por alteraciones de la pelvis ósea y es necesario la operación cesárea.

La cual se define como un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal materna y el útero.

La práctica de la operación obstétrica se remonta a épocas lejanas y su origen obedeció seguramente a la desesperación que debe haber sentido el ser humano al intentar salvar la vida de la mujer gestante y de su hijo, en los casos que era imposible la realización del parto. Existen evidencias de que se realizaban operaciones cesáreas post-mortem en algunas culturas.

A medida que la humanidad fue progresando en aspectos tan importantes como anestesia, asepsia y antisepsia, transfusiones sanguíneas y antibioterapia, la operación obstétrica fue tomando auge, la versión por maniobras internas y posteriormente se emplearon el fórceps y la operación cesárea.

Actualmente ha cambiado mucho el criterio obstétrico no sólo en cuanto a la técnica quirúrgica en sí, sino también en lo que se refiere a las indicaciones de los diversos procedimientos.

Se realiza el proceso atención de enfermería con la finalidad de programar las acciones que se llevan a cabo en el cuidado de la paciente con este diagnóstico.

La importancia al desarrollar el proceso de enfermería es detectar el problema y realizar los diagnósticos de enfermería y así proporcionar cuidados necesarios y evitar posibles complicaciones.

El presente trabajo se divide en cuatro capítulos:

El primero muestra las conceptualizaciones del Proceso atención de Enfermería y sus etapas que son: valoración , diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación posteriormente hablaremos de las generalidades del modelo de enfermería de Virginia Henderson, donde ubica los cuidados básicos de enfermería en catorce componentes o necesidades básicas del paciente, se habla de la metodología que siguió para llevarlo a cabo y se describen, las distocias del trabajo de parto y la operación cesárea.

El segundo capítulo describe la metodología que se implementará para llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería en donde se da inicio con la elaboración de formatos para la valoración por medio de la observación,

posteriormente se da inicio a la elaboración de los diagnósticos de enfermería, concretamente en las categorías que conforman cada uno de ellos, aprobados por la NANDA, la planeación de cuidados, estructurando un instrumento para jerarquización del problema y necesidades, la ejecución y evaluación

El capítulo tercero describe la aplicación del Proceso Atención de enfermería a través de sus fases haciendo una especial atención a la fase de Ejecución del plan de cuidados con el paciente.

Y finalmente en el capítulo cuarto se desarrollarán las conclusiones, anexos, glosario de términos y bibliografía.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años hemos presenciado día a día un aumento en el ingreso de pacientes en los hospitales de nuestro país, siendo pacientes obstétricas que han sido intervenidas quirúrgicamente por presentar algún problema en su embarazo o trabajo de parto.

En el hospital General de Salvatierra, Guanajuato este incremento se debe a las distocias del trabajo de parto que presentan las pacientes ya sea de causas maternas o fetales.

Por lo que decidí realizar el presente proceso de atención de enfermería a una paciente que fue intervenida quirúrgicamente por presentar desproporción cefalopélvica. Desarrollándose el proceso en sus cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, el cual se encuentra en continua evaluación para ver si se lleva a acabo el logro de objetivos planeados y la detección de nuevas necesidades. Se retomará el modelo de Henderson el cual afirma que las necesidades básicas que el individuo precisa satisfacer para llevar a cabo las actividades de la vida diaria le darán independencia si se tiene la fuerza, la voluntad y el conocimiento.

La enfermera puede organizar y sistematizar esta atención con intervenciones que sean precisas, adecuadas y oportunas que se centren en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de los individuos o grupos, a las alteraciones de salud reales o potenciales y hacer promoción de los cuidados, recuperación o ayuda con independencia del entorno.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar atención de calidad a través de la aplicación del proceso atención de enfermería a una paciente de puerperio quirúrgico inmediato para la pronta recuperación en integración a sus actividades cotidianas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Elaborar un plan de cuidados aplicando el PAE, a las pacientes de puerperio quirúrgico durante su estancia hospitalaria.

Mejorar la calidad de atención a las pacientes de puerperio quirúrgico.

Disminuir los días de estancia hospitalaria.

Identificar signos y síntomas de infección postquirúrgica e informar al médico cualquier alteración.

Realizar un plan de alta de autocuidados en la paciente de puerperio quirúrgico.

I.- MARCO TEORICO

1.- MARCO TEÓRICO

1.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

Es el método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales ¹

Facilita la organización y dirección de las actividades de enfermería, los medios para predecir consecuencias y evaluar resultados. Además el método para establecer las normas de atención de enfermería.

1.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO

a) Sistemático:

Consiste en una serie de fases organizadas.

b) Útil:

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

c) interactivo:

Incluye la elaboración entre la enfermera el paciente y otras personas significativas.

¹) ALFARO, Rosalinda. " Aplicación del proceso de Enfermería", 2ª. Edición. Editorial Doyma, Barcelona. 1992. Pág. 6.

d) Dinámico:

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

e) Científico:

Se basa en planteamiento científica de solución de problemas y ayuda a identificar problemas recurrentes que sirven para iniciar la investigación en enfermería².

1.3 BASES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el proceso atención de enfermería.

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

Tales etapas aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una

² B.C. LONG/ W.S. Phipp. "Enfermería Medicoquirúrgica". 2ª. Edición. Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 12.

dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El proceso de enfermería abarca por una parte la recolección de datos, el análisis e interpretación de datos precisos para determinar las necesidades del paciente y por otra, la planificación de los cuidados oportunas, su ejecución y evaluación global.³

1.4 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.4.1 VALORACIÓN

La valoración de enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos acerca del paciente y que sigue un esquema.

a) Valoración inicial:

Los datos del paciente los obtiene el personal de enfermería cuando este ingresa por primera vez a un hospital facilitando la planificación de cuidados de enfermería.

b) Valoración progresiva:

La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recogidos al ingreso del paciente.

Tan importante es un enfoque planificado y organizado para la valoración progresiva como para la valoración inicial⁴

³ "ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA ". Volumen I. Pág. 3-4.

B.C. LONG/W.J. Phipp. Op.cit. pág. 14-15.

⁴ B.C. LONG/W.J. Phipp. Op.cit. pág. 14-15.

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

- **LA OBSERVACIÓN.**
- **LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA.**
- **LA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.**
- **EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**
- **EL RESUMEN CLÍNICO.**

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recolección de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como toda fuente de información disponible, se pretende realizar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Se intenta investigar tanto como sea posible, sobre el paciente su familia y su entorno a fin de poder identificar sus necesidades problemas y preocupaciones.

OBTENCIÓN DE DATOS

La labor de recopilación y posteriormente análisis de datos se basa unas veces en la observación directa ya sea en forma de signos o bien de referencias verbales claras recogidas en el curso de la entrevista a la exploración, mientras que en

otras ocasiones deriva de un proceso de deducción, a partir de la interpretación de expresiones y referencias indirectas.

LA OBSERVACIÓN

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación, es de vital importancia para la enfermera, escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos, sofocación, jadeo, sollozos, pueden indicar que el paciente está angustiado. El oído es también de gran ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

Puede infundirse al paciente una sensación de estima al tocarlo, al mismo tiempo la enfermera puede advertirse si su piel está caliente o fría, húmeda o seca.

A través del tacto puede determinarse el tamaño, la forma y textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje.⁵

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuado por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria, debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

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

a) Datos objetivos:

Son los detectados directamente por el personal de enfermería.

b) Datos subjetivos:

Son los facilitados por el paciente y dignos de toda consideración.

La recolección de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección clasificación, puesto que toda la información recabada, incluye la subjetividad, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud que participa en la atención del paciente⁶

⁵ GARCIA ALBARRAN Y MATA CORTES. "El proceso atención de enfermería". Antología UNAM. Enero, 1996. Pág. 26-28.

⁶ Enciclopedia de la Enfermería. Volumen I. Pág. 4.

Existen diversos esquemas para valoraciones de enfermería. Se emplean diversas teorías, modelos, esquemas y principios como métodos para la recolección de datos.

Algunos modelos de enfermería proporcionan una herramienta de valoración para ayudar a la enfermera a obtener información.

Es de suma importancia la destreza para entrevistar durante la valoración. Como identificación y aclaración del problema forma parte integral del proceso, esa entrevista es de naturaleza exploratoria.

Es preciso seguir principios y pautas para la entrevista con el fin de obtener la información deseada e iniciar una buena relación enfermera-paciente.

Formato de valoración de enfermería si se dispone de él.

1.- Información de carácter general:

Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, etc.

2.- Se observa la apariencia general del paciente:

Los datos subjetivos y objetivos que proporciona el paciente permiten formular diagnósticos precisos.

3.- Se determina su estado actual de salud y su historia de salud como sigue:

a) Se pregunta el motivo del ingreso a la institución enfocándose en su punto de vista u opinión personal. Indáguese cual es su principal incomodidad o molestia y permítasele que comente las cosas que considere más problemáticas. Empléense sus palabras al registrar los datos siempre que sea posible.

b) Se obtiene la historia acerca de enfermedades que ha sufrido y hospitalizaciones previas. Se incluye el nombre del médico si se conoce.

c) Se determinan los medicamentos que toma en forma rutinaria o reciente dosis y frecuencias. Si se proporciona el nombre de los mismos, se enumeran por su acción y vía de administración.

d) Asegúrese que la valoración incluya todas las alergias a alimentos y medicamentos, sustancias que pueden causar dermatitis de contacto. En caso de que se desconozcan alergias, se escribe "No sabe" o "Ninguna conocida".

e) Se obtienen datos acerca de la frecuencia de uso de sustancias como: tabaco, alcohol, café, té, y otras bebidas con cafeína, se explica por qué son necesarios estos datos. Algunas personas se sienten más a gusto si no hay miembros de su familia presente cuando se interroga.

4.- Se obtienen datos acerca de sus métodos y habilidades para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

a) Patrones de alimentación. Verificar si sigue alguna dieta en especial.

b) Patrones de sueño y reposo: indáguese acerca de dificultades para dormir y cualquier tipo de ayuda para facilitar el sueño.

c) Patrones de evacuación: si padece algún problema con la micción o la evacuación en caso afirmativo pregunte como lo resuelve.

d) Patrones de actividad y ejercicio: describe patrones de ejercicio, actividades, ocio o diversión, determínese si tiene alguna limitación de actividad y movimiento.

e) Uso de prótesis: pregunte acerca del tipo específico que usa, eje. Anteojos, aparato auditivo, etc.

5.- Datos específicos de tipo social y familiar.

a) Idiomas que habla.

b) Ocupación o escuela.

c) Situación en la familia o el hogar.

d) Prácticas religiosas: se pregunta que religión procesa.

e) Estado económico.

6.- Se registran todas las observaciones pertinentes:

En el expediente y se completa el registro de valoración con la firma de la enfermera, ⁷.

ENTREVISTA

La entrevista es una técnica observacional, es un método que permite acercarse a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin.

La entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sentidos y los hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

Se enfoca al paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y metas; con esto la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución a sus propias necesidades.

La información obtenida se integra en un plan de cuidados de enfermería ⁸.

Es necesario conceder el tiempo necesario, a fin de identificar sus necesidades de salud.

⁷ KOZIER, Erb. Oliveri, "Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas". 4ª. Edición. Editorial Mc.Graw-Hill. Interamericana. 1993. Pág. 8-9.

⁸ Ibidem García pág. 47

La enfermera debe informar el progreso en cuanto a los objetivos y anotar los resultados de la entrevista pertinentes en los registros de salud tan pronto como sea posible.

Las preguntas deben ser preparadas de forma que fluyan con facilidad y no deben de ser tan formales que parezca una actitud impersonal.

Al hacer las preguntas, la entrevistadora debe procurar precisar el significado de las respuestas, más que interpretarlas lo que espera oír.

Los datos útiles para la valoración del estado del paciente y sus necesidades pueden provenir de diversas fuentes.

Cuando resulta posible la información primaria debe obtenerse a partir del propio paciente, a través de la entrevista y el examen físico, los datos de laboratorio y los resultados de las pruebas complementarias.

Así la entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, pero también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo a expresar sus sentimientos y preocupaciones.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente (datos indispensable en ciertos servicios como pediatría, psiquiatría y urgencias).
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de las demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

La recogida de datos debe ser continua mientras persiste la relación con el paciente.⁹

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente para planear y ejecutar los cuidados de enfermería.

El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñada por un comité de la institución.

Los miembros que seleccionan, las áreas tales como aspectos físicos, sociales y culturales también determinan las categorías de la información dentro de estas áreas que son necesarias para dar un cuidado de enfermería individualizado que se encuentra en determinada situación.

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

El paciente y su familia son fuente primordial de información, al entrevistarse la enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su

⁹ Ibidem Enc de la Enf. Volumen I. Pág. 5-6.

enfermedad, sus pensamientos, sentimientos acerca de la actividad diaria habitual y sus relaciones con la familia y amigos. ¹⁰

1.4.1.5 RESUMEN CLÍNICO

En el resumen clínico se recopila la información del paciente en forma sintetizada que incluye lo siguiente: la historia clínica, exploración física, el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico médico, también incluye información de los estudios de diagnóstico, interconsultas, procedimientos quirúrgicos y tratamiento del paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Diagnostico: Estudio cuidadoso de algo con el fin de determinar su naturaleza.

Definiciones de diagnostico de Enfermería:

1.- Una función independiente de la enfermería, una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones (Bircher).

¹⁰ Ibidem García pág. 33-35

2.- Los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar, (Gordon).

3.- Las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar, (Muritz).¹¹

4.- Un juicio clínico de un individuo familia o comunidad que se fórmula mediante un proceso prefijado y sistemático de recogida de datos y análisis.

Proporciona las bases para describir el tratamiento definitivo que es responsabilidad de la enfermera.

5.- Un diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o un grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir eliminar o prevenir alteraciones ¹²

1.4.2 DIAGNÓSTICO

INICIOS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

La investigación para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale quien describe el propósito de enfermería como:

“Pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actue sobre el”.

¹¹ CARPENITO, Manuel. "Manual de diagnóstico de enfermería". 4ª. Edición. Editorial Interamericana. Madrid 1993. Pág. 9-11.

¹² Op. Cit. pág. 12

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

Sin embargo desde 1973 que se convocó la primera reunión del Grupo Nacional para el Diagnóstico de Enfermería.

FUNCIONES QUE REALIZA EL COMITÉ NACIONAL DESDE 1973

- 1.- Recoger información y difundirla por medio del centro distribuidor de información sobre el Diagnóstico de Enfermería.
- 2.- Promover las actividades educativas a nivel regional y estatal para fomentar la implantación del Diagnóstico de Enfermería por medio de conferencias y seminarios.
- 3.- Promover y organizar actividades para continuar con el desarrollo clasificación y comprobación científica del Diagnóstico de Enfermería.

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA EN DIFERENTES ÁREAS

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

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

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

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

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

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

El uso de diagnósticos de enfermería puede estimular a las enfermeras a explorar patrones de interacción que antes se pasaban por alto o eran desconocidos y a dirigirse a todas las necesidades humanas de los individuos con la esperanza de que la enfermera y sobre todo el paciente obtendrá la recompensa ¹³

FINALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

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

¹³ Ibidem CARPENITO, Manuel. ... Pág. 24-25.

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

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

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

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

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

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

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

Se debe tener en cuenta en todo cambio desfavorable en la situación de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual), que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formación de diagnósticos de enfermería.¹⁴

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

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

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

a) DIAGNOSTICO REAL:

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

b) DIAGNOSTICO POTENCIAL:

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

c) DIAGNOSTICO POSIBLE:

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.¹⁵

¹⁴ Ibidem Enc. Enf. Volumen 1. Pág. 6-7.

PASOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Análisis de datos:

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

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

2.- Identificación de problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería:

- a) Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre sí.
- b) Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre ellos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- c) Nombre el problema, utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta el paciente. (11).

3.- Identificación de problemas interdependientes:

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

4.- Identificación de capacidades:

- a) Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables.
- b) Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- c) Los recursos de la comunidad que utiliza o pueden utilizar.
- d) Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario. (12).

¹⁵ GARCIA, Ma. de Jesús. "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson". Editorial Progreso, S.A. 1997. Pág. 31-33.

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

Para describir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Sintomas), para su descripción. Se formula en tres partes.

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

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

NORMAS PARA DESCRIBIR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- 1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que las necesidades.
- 2.- Utilizar "relacionado/a, con. "
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valores.
- 5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.

- 6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- 9.- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuaciones de enfermería.
- 10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería ¹⁶

Problema de Salud.	Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con.
Etiología	Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones
Manifestado por	No recibir orientación adecuada de planificación familiar ¹⁷

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA APROBADOS POR LA NANDA

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

¹⁶ Ibidem. Carpenito Pág. 36.

¹⁷ Ibidem GARCIA, Ma. De Jesús. Pág. 37.

Dicha clasificación a diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.¹⁸

1.4.3 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de enfermería, se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería¹⁹.

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

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

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

¹⁸ Ibidem Enc. Enf. Tomo I. Pág. 11-76.

¹⁹ ALFARO, ROSALINDA, "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA". Segunda edición, Doyma,. S.A. Barcelona, España. 1992. Pág. 6.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas debe ceñirse a los problemas indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planeación más detallada; en aquellas ocasiones que se impone actuar sin dilación, la planeación global se postergará al momento que cuente con todos los requisitos indispensables .²⁰

Establecimiento de prioridades y objetivos.

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

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

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

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

²⁰ Ibidem Enc. de la Enf. Tomo I. Pág. 8.

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

21

1.4.4 EJECUCIÓN

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.²²

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

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

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. De todos modos, aún cuando en un primer tiempo los cuidados planificados hayan de quedar exclusivamente en

²¹ Ibidem Alfaro pág. 24

²² Ibidem Alfaro pág. 38

manos del personal de enfermería; a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, de este modo irá adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

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

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

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intensión de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades).²³

1.4.5 EVALUACIÓN

Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

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

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

²³ Ibidem Iyer pág, 38

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

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

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.²⁴

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

1.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO

Antecedentes

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería docentes de facultades y universidades, así como el personal que trabaja en

²⁴ *Ibidem* Alfaro Pág . 6

servicio en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de los modelos conceptuales de enfermería.

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

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

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

FUNCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES:

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento.

INTERDEPENDIENTES:

Son las que desarrolla mediante una labor de equipo.

DEPENDIENTES:

Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo a las órdenes medicas.

De igual manera se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería ²⁵.

MODELO CONCEPTUAL PARA ENFERMERIA

Concepto de modelo:

El modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad.

Clasificación:

1.- Modelos Empíricos:

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

2.- Modelos Teóricos:

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

3.- Modelo de enfermería:

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

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

²⁵ Ibidem García, Pág. 48

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

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

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

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

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

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

La enfermera clínica, docente y estudiante deben saber que un modelo de enfermería: es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clasifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.²⁶

²⁶ Ibidem García Pág. 24

1.6 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

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

En los años '60 se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harner, tratado de enfermería teórico y práctico.

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

Explicación de los supuestos principios del modelo conceptual de Henderson.

SUPUESTOS:

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

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

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

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

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

a) Valores:

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

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

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

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

b) Concepto de Enfermería:

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

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

c) Necesidades básicas del paciente:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Mover y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.

- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.
- Sexualidad y reproducción (Henderson no la contempla).²⁷

²⁷ Ibidem. Pág. 523

1.7 PATOLOGÍA (DISTOCIAS)

CONCEPTO:

El término distocia se emplea para designar un parto difícil o prolongado, y se define como la perturbación o anomalía del mecanismo del parto, causada por factores maternos, fetales o mixtos que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

CLASIFICACIÓN

DISTOCIAS DE ORIGEN MATERNO:

- 1.- Alteración de la contractilidad uterina.
- 2.- Alteración de la pelvis ósea.
- 3.- Anomalías de partes blandas del canal del parto.

DISTOCIAS DE ORIGEN FETAL:

- 1.- Estas se deben a que el tamaño anormal del feto o su presentación no permiten efectuar el parto.

DISTOCIAS DE ORIGEN MATERNO:

- 1.- Alteración de la contractilidad uterina:

Se define distocia de contracción a la alteración de una o varios de los componentes dinámicos de la contracción uterina, que condiciona que el trabajo de parto no progrese en forma adecuada.

Las distocias de contracción puede manifestarse clínicamente por:

- a) Trabajo de parto de evolución lenta o muy precipitada.
- b) Cuadros de hemorragia postparto.
- c) Complicaciones obstétricas como:
 - Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
 - Ruptura uterina.
 - Sufrimiento fetal, etc.²⁸

2.- Distocias por alteraciones de la pelvis ósea.

El mecanismo del trabajo de parto pueden alterarse cuando existen modificaciones en los huesos de la pelvis materna que modifiquen las dimensiones del canal pélvico. Estas modificaciones pueden localizarse en uno o varios de los estrechos de la pelvis ósea (superior, medio o inferior).

ETIOLOGÍA:

Causas más frecuentes de estrechez pélvica.

A) Disminución del tamaño de la pelvis.

B) Deformación de la pelvis:

Pueden ser congénitas o adquiridas. Siendo las más frecuentes las adquiridas entre las que podemos mencionar:

- Raquitismo.
- Fracturas de la pelvis.
- Asimetría por claudicación crónica como pelvis coxálgica.

(25)²⁸ MONDRAGON. CASTRO HECOR. "Obstetricia básica Ilustrada". 4ª. Edición. Editorial Trillas. México 1991. Pág. 522

- Anormalidades pélvicas secundarias a malformaciones de columna vertebral como: pelvis cifótica, escoliósica, espondilolistésica, cifoescolorraquítica.
- Osteomalacia.

A) DISMINUCIÓN DE LOS DIÁMETROS DEL ESTRECHO SUPERIOR DE LA PELVIS:

Esta disminución es evidente cuando el diámetro promonto-retropúbico (conjugado obstétrico) mide menos de 10cm.

Complicaciones:

- Dificultad para que la presentación se encaje.
- Tendencia a que ocurra asinclitismo marcada si ocurre el encajamiento.
- Mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas.
- Aumento en la frecuencia de distocias de contracción.
- Facilidad para que ocurra prolacso de cordón.
- Alteraciones en el cráneo fetal, como caput, succedaneum, moldeamiento y/o cabalgamiento.

Diagnostico:

El diagnóstico de la estrechez pélvica se realiza con base en los siguientes hallazgos:

- A) Diámetros pélvicos reducidos de tamaño a la pelvimetría interna.
- B) Presentación libre en paciente primigesta al término del embarazo o al inicio del trabajo de parto.

- C) Falta de descenso de la presentación en el trabajo de parto a pesar de que la actividad uterina es normal.
- D) Presencia de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal intrauterina.
- E) El diagnóstico se confirma con radiocefalometría o ecosonografía.²⁹

B) DISMINUCIÓN DEL ESTRECHO MEDIO

El estrecho medio se encuentra marcado por las espinas ciáticas y se considera de tamaño menor cuando el diámetro biespinoso es inferior a 9.5cm. La estrechez pélvica a este nivel no siempre es motivo de distocia, ya que ésta ocurre cuando además hay alteraciones en la forma de la mitad anterior de la pelvis.

Diagnóstico:

Este se efectúa en la exploración vaginal, apreciando las espinas ciáticas más prominentes.

A) DISMINUCIÓN DE ESTRECHEZ PELVICO INFERIOR

Cuando el diámetro bisquiático es menor de 8cm. Se considera que hay estrechez del diámetro inferior de la pelvis. Esta anomalía puede producir una distocia cuando coincide con disminución del diámetro sagital posterior del estrecho inferior.

Diagnóstico:

Se basa en la exploración por vagina y valorando la forma del área subpúbica.

Para conocer la amplitud del diámetro la amplitud del diámetro bisquiático consiste en tratar de introducir la mano empuñada entre las dos tuberosidades isquiáticas; si esto no es posible hay evidencia de que existe estrechez pélvica en el estrecho inferior.³⁰

²⁹ Ibidem Mondragón Pág. 532

(26) ³⁰ Ibidem. Pág. 529

D) DESPROPORCION CEFALOPÉLVICA

Podemos definir la desproporción cefalopélvica como la falta de armonía entre las dimensiones de la pelvis materna y las de la cabeza fetal, que impide que ocurra el nacimiento por vía vaginal.

Esta falta de armonía puede originarse por alteraciones de las dimensiones o de la morfología de la cabeza y de la pelvis materna.

Una pelvis puede tener sus diámetros reducidos y sin embargo ser compatible con el paso de un producto pequeño; en cambio, una pelvis puede ser amplia y no resultar útil para que se efectúe el parto de un producto de gran tamaño:

Si existe una pelvis de	tamaño y forma normales
Si la pelvis es normal pero	el polo cefálico es demasiado voluminoso
Si el polo cefálico es normal	pero la pelvis es muy pequeña. ³¹

³¹) Ibidem. Mondragon. Pág. 530.

ETIOLOGÍA:

La desproporción cefalopélvica puede obedecer a causas maternas, fetales o mixtas:

CAUSAS MATERNAS:

- Pelvis uniformemente estrecha.
- Asimetría pélvica por escoliosis.
- Fracturas o parálisis de miembros inferiores.
- Fracturas múltiples de pelvis.

CAUSAS FETALES:

- Hidrocefalia.
- Macrosomía fetal.

CAUSAS MIXTAS:

- Variedades posteriores en presentación cefálica con diámetro biespinoso reducido.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se puede realizar en la exploración clínica y en los estudios específicos como la cefalopelvimetría radiológica y el ecosonograma.

CUADRO CLÍNICO:

Valorar el tamaño de la cabeza fetal y relacionarlo con la amplitud de los diferentes diámetros pélvico.

Se debe precisar: altura de la presentación, tamaño del feto, diámetro biespinoso, diámetro bisquiático, arco subpúbico y paredes pélvicas, la forma del sacro para descartar una desproporción cefalopélvica. Si el médico tiene duda en la exploración podrá recurrir a los métodos auxiliares de diagnóstico, los cuales no deben solicitarse antes de las treinta y ocho semanas de gestación, pues puede indicar que exista compatibilidad fetopelvica y al crecer el feto en la última etapa del embarazo puede producir una desproporción cefalopelvica posterior al estudio.

(31)

ULTRAECOSONOGRAFÍA:

Permite medir con exactitud los diámetros del polo cefálico fetal y de la pelvis materna, calcular el volumen de la cabeza fetal y pronosticar la realización del parto.

MANEJO OBSTÉTRICO

Cuando se encuentra una desproporción cefalopélvica evidente, constituye una indicación absoluta para practicar operación cesárea.³²

DISTOCIA DE PARTES BLANDAS:

Se designa distocia de partes blandas a la dificultad para que ocurra el parto ocasionada por alguna anomalía de las estructuras blandas de la pelvis o alguno de los órganos vecinos al canal del parto.³³

CESÁREA:

Se denomina operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una incisión de las paredes abdominales y uterinas.

INDICACIONES:

La operación cesárea constituye un procedimiento que ha salvado muchas vidas tanto de madres como de hijos. A medida que pasa el tiempo se cuenta con mejores recursos quirúrgicos y las indicaciones del procedimiento se multiplican.

Las causas pueden ser maternas, fetales o mixtas al existir indicaciones de ambas partes:

INDICACIONES ABSOLUTAS:

No existe otro recurso que practicar la cesárea:

- Desproporción cefalopélvica.
- Cesárea iterativa.
- Placenta previa central.
- Presentación y situación anormal del feto.

³² Ibiden.- Pág. 531

³³ Ibiden.- Pág. 531

- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Distocia de contracción (hipertonía).
- Cesárea anterior y presentación pélvica.
- Inminencia de ruptura uterina.
- Herpes genital.
- Otras.

INDICACIONES RELATIVAS:

Ofrece mayores ventajas.

- Cáncer cervicouterino.
- Toxemia severa.
- Ruptura prematura de membranas.
- Interrupción del embarazo por: isoimmunización, toxemia.
- Primigesta de edad avanzada.
- Presentación pélvica.
- Primigesta muy joven.
- Tumores pélvicos.
- Operaciones cervicales.
- Sufrimiento fetal.
- Procedencia de cordón.
- Período expulsivo prolongado.

INDICACIONES ELECTIVAS:

Cuando el médico escoge la cesárea por ser el método más conveniente para la madre o por que la paciente lo solicita:

- Antecedentes de operación plástica en genitales (colporrafía).
- Cesarea post-mortem.
- Realización de esterilización simultánea a la cesárea.
- Ruptura prematura de membranas con cérvix desfavorable.
- Muerte habitual del feto in útero con producto viable y embarazo de término.

FRECUENCIA:

La frecuencia de la cesárea en una población abierta fluctúa entre el 4 y 15%.³⁴

TIPOS DE CESÁREA

I.- CLASICA:

La cesárea clásica se efectúa mediante una incisión vertical en la línea media sobre la piel abdominal y la pared del cuerpo uterino, suele emplearse en casos de urgencia, por que resulta más rápido el acceso al feto.

a) VENTAJAS:

- Más fácil acceso al feto que se encuentra en situación transversa.
- Mejor acceso cuando existen adherencias abdominales de cirugías previas.
- Nacimiento rápido cuando esta en peligro la salud de la madre.
- Cuando el parto vaginal plantea riesgo fetal o de la madre.

a) DESVENTAJAS:

- Se pierde más sangre, por el corte de vasos miometriales de gran calibre.
- La musculatura uterina queda debilitada por la incisión en la línea media.

- Aumenta el riesgo de rotura uterina en embarazos subsecuente.
- Es una operación abdominal mayor.
- Es más alta la tasa de morbilidad materna que en el caso de parto vaginal.
- Ocurren complicaciones quirúrgicas como hemorragia y lesiones de los órganos pélvicos o abdominales.
- El riesgo de infección es mayor.

II.- CESÁREA DEL SEGMENTO INFERIOR:

Se efectúa una incisión cutánea horizontal llamada de Pfannestiel o "Herida de bikini" en sentido transversal a nivel del monte de venus.

a) VENTAJAS:

- Incisión cutánea baja queda oculta por el bello pubico.
- La pérdida de sangre es mínima.
- Se reduce el riesgo de que se rompa la cicatriz uterina durante embarazos subsecuentes.
- Hay menos distensión abdominal en el posoperatorio.
- Disminuye la posibilidad de debilitamiento y rotura de la cicatriz del útero.

DESVENTAJAS:

- El procedimiento requiere mayor tiempo.
- No es útil en caso de urgencia.³⁵

³⁴ Ibidem Mondragón 597.

³⁵ ibidem Enc. de la Enf. tomo v. pág. 838.

II.- METODOLOGIA

2.- METODOLOGÍA

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

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

2.1 VALORACIÓN

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

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

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

Para realizar la valoración de los datos básicos de la paciente que ha sido intervenida quirúrgicamente por tener cesárea previa con periodo intergenésico corto usaremos los siguientes instrumentos basados en un modelo de enfermería tomando a la paciente como un ser bio-psico-social y espiritual.

Usaremos el modelo de Virginia Henderson el cual se encuentra basado en las quince necesidades fundamentales del ser humano.

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

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

2.1.1 LA OBSERVACIÓN

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

- 1.- Estado mental.
- 2.- Estado emocional.
- 3.- Orientación.
- 4.- Constitución y conformación física.
- 5.- Coloración de tegumentos.
- 6.- Edema de cara y miembros inferiores.
- 7.- Características de las mamas.
- 8.- Náuseas o vómito.
- 9.- Herida Quirúrgica.
- 10.- Presencia de sonda foley.
- 11.- Características y cantidad de orina.

- 12.- Características de los líquidos y sangrado transvaginal.
- 13.- Estado del útero.
- 14.- Coágulos sanguíneos.
- 15.- Edema de miembros inferiores.
- 16.- Estado de hidratación.
- 17.- Respiración.
- 18.- Campos pulmonares.
- 19.- Motilidad intestinal.
- 20.- Capacidad para recordar, sucesos recientes y pasados.
- 21.- Nivel de atención.

2.1.2 ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

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

A) DATOS PERSONALES:

NOMBRE:	EDAD :
DOMICILIO:	OCUPACIÓN:
EDO. CIVIL :	MENARCA :
V.S.A.	
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:	
RITMO MENSTRUAL:	CANTIDAD :
DISMENORREA:	GESTAS :
PARAS:	
ABORTO:	
CESÁREAS:	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	MÉTODOS:
EXAMEN DE PAPANICOLAU:	
LUGAR DE LA ENTREVISTA:	
FECHA:	HORA:

B) CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:

- 1.- Durante su embarazo presentó cefalea.
- 2.- Si su respuesta es positiva diga a partir de que mes.
- 3.- Durante su embarazo presentó náuseas o vómito.
- 4.- Durante el embarazo presentó hipersecreción salival.
- 5.- A partir de que trimestre comenzó a tener secreción láctea (calostro).
- 6.- En que trimestre comenzó a notar cambios en sus mamas.
- 7.- En que mes de su embarazo comenzó a notar el aumento de su peso.
- 8.- En que mes de su embarazo comenzó a sentir movimientos fetales.
- 9.- Ha presentado molestias al orinar.
- 10.- En caso de ser afirmativa la respuesta anterior mencione cuáles.
- 11.- Características de la orina al momento de la entrevista.
- 12.- Ha presentado salida de alguna secreción por vagina.
- 13.- Durante su embarazo se le hincharon los pies o alguna parte del cuerpo.
- 14.- Qué parte y en qué mes le comenzó a notar miembros inferiores y superiores.
- 15.- Peso al inicio del embarazo.
- 16.- Peso al final del embarazo.
- 17.- Aproximadamente cuántos kilos aumentó durante su embarazo³⁶

³⁶ Mondragón , Castro H. "Obstetricia básica ilustrada". 4ª. Edición. Editorial Trillas. México. Pág. 134.

EXAMEN DE ENFERMERÍA

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Inspección.

Aspecto físico.

Alineación corporal.

Aspecto corporal.

Aspecto psicológico.

Aspectos fundamentales de la exploración física de la mujer embarazada(44).

Cráneo.

Cara.

Cuello.

Tórax.

Miembros inferiores y superiores.

Mamas.

Abdomen.

Pelvis.

Miembros pélvicos.

Palpación en abdomen ³⁷

Percusión.

Auscultación.

Medición.

Estado físico.

Sentidos.

2.1.3 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Nombre.-

Sexo

Servicio.-

Estado civil.-

Edad.-

Ocupación.- .

Escolaridad.-

Nacionalidad.-

Religión.-

Lugar de procedencia

Domicilio.-

Persona responsable.-

Perfil del paciente:

Ambiente físico.-

Características físicas de la habitación.-

Tipo de construcción.-

Animales domésticos.-

Servicio sanitario.- .

Control de basura.- .

Eliminación de deshecho.-

Iluminación.-

Pavimento

Vías de comunicación.- Se cuenta con caseta de larga distancia en la comunidad.

Medios de transporte.

³⁷ Ibidem Mondragón , pág 134

Recursos para la salud

Hábitos higiénicos

Higiene personal.

Cambios de ropa personal

Hábitos de alimentación.

Desayuno.

Comida

Cena

Preferencia de alimentos

Intolerancia

Hábitos de eliminación:

Vesical

Intestinal

Hábitos de descanso, relajación y sueño:

Descanso.

Sueño.

Características

Diversión o deportes

Ejercicio hábitos de actividad o sedentarismo

Limitaciones para el ejercicio

Enfermedad actual

Aficiones favoritas.

Antecedentes sociales, culturales y económicos:

Horario de trabajo.

Ocupación actual.

Composición familiar:

Parentesco edad ocupación participación económica

2.2 PLANEACIÓN

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

2.3 EJECUCIÓN

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

2.4 EVALUACIÓN

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

III.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Se trata de paciente de 19 años de edad, orientada reactiva a estímulos externos, al interrogatorio preocupada por la salud de su hijo y ella.

Originaria de San Isidro, municipio de Salvatierra, Guanajuato, donde reside en la actualidad, proviene de nivel socioeconómico bajo, con regulares hábitos higiénicos dietéticos, alimentación regular en aporte calórico proteico, su familia la integran su esposo e hijo ambos sanos.

A la observación se encuentra paciente conciente, integra, ubicada en lugar y espacio, respondiendo a las preguntas, se manifiesta preocupada y angustiada. con ligera palidez de tegumentos, piel y mucosas orales bien hidratadas. Segundigesta de 19 años de edad, con embarazo de 38 semanas de gestación con podromos de trabajo de parto.

Sus hábitos personales son regulares, vive de acuerdo a sus posibilidades económicas, con algunas carencias. Sus relaciones familiares son buenas, no refiere conflictos con nadie, solo problemas económicos.

Acude al servicio de urgencias de ginecología por iniciar con dolor abdominal tipo obstétrico de leve a regular intensidad y frecuencia. Sin salida de líquido por vagina, edema de miembros inferiores (++), signos vitales dentro de lo normal.

A la exploración: paciente conciente, orientado, con ligera palidez de tegumentos y piel íntegra, mucosas orales hidratadas, cardiopulmonar con movimientos y ruidos normales, abdomen globoso ocupado por la gestación con producto único, vivo, cefálico, longitudinal dorso a la izquierda, fondo uterino 32 centímetros, producto encajado, frecuencia cardíaca fetal de 144 por minuto.

Al tacto vaginal elástica con buena coloración, sin alteraciones, cérvix posterior blando, con dos centímetros de dilatación, con un 20% de borramiento, membranas íntegras, miembros pélvicos con edema ++, pulsos carotídeos y periféricos normales, peristalsis presente.

Con estos datos se ingresa para practicar procedimientos quirúrgico, cesárea tipo Kerr. Diagnóstico médico de embarazo de 38 semanas de gestación.

Se presume que cuenta con las siguientes necesidades:

- Eliminación,
- Evitar los peligros
- Comunicación
- Seguridad
- Hidratación
- Alimentación
- Aprendizaje

3.2 VALORACIÓN

3.2.1 OBSERVACIÓN

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

- 1.- Estado mental:
Conciente, alerta y con una respuesta rápida al medio ambiente.
- 2.- Estado emocional:
Estado de ánimo preocupado y presencia de angustia por su estado de salud y el de su hijo.
- 3.- Orientación:
Se encuentra orientada la paciente en tiempo, lugar y espacio.
- 4.- Constitución y conformación física:
Normal a la edad e integridad corporal.
- 5.- Coloración de tegumentos:
Palidez.
- 6.- Edema de cara y miembros inferiores:
Ausencia de edema en cara, miembros inferiores poco (+).
- 7.- Características de las mamas:
Las mamas son firmes, sensibles al tacto y poco dolorosas, con pezón normal y presencia de secreción láctea (calostro).
- 8.- Náuseas o vómito:
Presencia de náuseas por efectos de anestesia.
- 9.- Herida Quirúrgica:
Limpia con apósito seco en buen estado general.
- 10.- Presencia de sonda foley:
Si.
- 11.- Características y cantidad de orina:
Color ámbar transparente, normal 800 mililitros en 12 horas, olor sui generis.
- 12.- Características de los líquidos y sangrado transvaginal:
Loquios hemáticos con sangrado transvaginal moderado y olor característico.
- 13.- Estado del útero:
Buena involución uterina, unos 4 cm. (2 traveses de dedo) debajo de la cicatriz umbilical.
- 14.- Coágulos sanguíneos:
Ausencia de coágulos sanguíneos en el sangrado transvaginal.
- 15.- Edema de miembros inferiores:
Ausencia de edema y vendaje en miembros inferiores.

16.- Estado de hidratación:

Bien hidratado con presencia de una vena permeable con solución glucosada al 5%.

17.- Respiración:

Su respiración es normal de 20 por minuto (eupnea).

18.- Campos pulmonares:

Los campos pulmonares se encuentran limpios.

19.- Motilidad intestinal:

Presencia de peristaltismo normal.

20.- Capacidad para recordar, sucesos recientes y pasados:

Recuerda todo.

21.- Nivel de atención:

Normal pone atención.

3.2.2 ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

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

A) DATOS PERSONALES:

Nombre: Ma. Luisa Peña Rico.

Edad : 19 años.

Domicilio: Emiliano zapata #2. San Isidro. Municipio de salvatierra, Guanajuato.

Ocupación: ama de casa.

Edo Civil : casada.

MENARCA : 15 años.

V.S.A. : 17 años.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: Una.

RITMO MENSTRUAL: 30 x 4.

CANTIDAD : Regular.

DISMENORREA: Ocasional.

GESTAS : Dos.

PARAS : Cero.

ABORTO : Cero.

CESÁREAS: Una.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: No.

MÉTODOS: Ninguno.

EXAMEN DE PAPANICOLAU: No.

LUGAR DE LA ENTREVISTA : Hospital General de Salvatierra, Guanajuato.

FECHA: 15 Julio 2000.

HORA : 20:00 horas.

B) CARACTERÍSTICAS FÍSICAS³⁸:

1.- Durante su embarazo presentó cefalea:

Sí.

2.- Si su respuesta es positiva diga a partir de que mes:

En el segundo trimestre pero fue pasajero no siendo necesario medicamento.

3.- Durante su embarazo presentó náuseas o vómito: .

En el primer trimestre.

³⁸ Mondragón , Castro H. "Obstetricia básica ilustrada". 4ª. Edición. Editorial Trillas. México. Pág. 134.

- 4.- Durante el embarazo presentó hipersecreción salival:
No.
- 5.- A partir de que trimestre comenzó a tener secreción láctea (calostro):
Tercer trimestre.
- 6.- En que trimestre comenzó a notar cambios en sus mamas:
Primer trimestre.
- 7.- En que mes de su embarazo comenzó a notar el aumento de su peso:
Entre el tercero y cuarto mes.
- 8.- En que mes de su embarazo comenzó a sentir movimientos fetales:
Cuarto mes.
- 9.- Ha presentado molestias al orinar:
Sí en el cuarto mes recibiendo tratamiento médico.
- 10.- En caso de ser afirmativa la respuesta anterior mencione cuáles:
Orina frecuente dolor, ardor.
- 11.- Características de la orina al momento de la entrevista:
Transparente.
- 12.- Ha presentado salida de alguna secreción por vagina:
Hasta el momento no.
- 13.- Durante su embarazo se hincharon sus pies alguna vez:
Sí.
- 14.- Qué parte y en qué mes le comenzó a notar miembros inferiores y superiores:
A partir del séptimo mes.
- 15.- Peso al inicio del embarazo:
49 kilos.
- 16.- Peso al final del embarazo:
58.500 kilogramos.
- 17.- Aproximadamente cuántos kilos aumentó durante su embarazo:
9,500 kilogramos.

3.2.3 EXAMEN DE ENFERMERÍA

EXPLORACIÓN FÍSICA:

INSPECCIÓN:

ASPECTO FÍSICO:

Regular, conciente de 19 años de edad, marcha no claudicante, nivel social medio bajo, biotipo, mesoendomórfico adaptada de 58.500 kg., talla de 1.56 centímetros, temperatura 37.2 grados, frecuencia cardiaca 106 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, tensión arterial 120/90.

Alineación corporal:

Normal.

ASPECTO CORPORAL:

Estado de ánimo preocupada, conciente, ubicada en sus tres esferas, inquieta, quejumbrosa.

ASPECTO PSICOLÓGICO:

Angustiada, deprimida, preocupada por su bebé y ella.

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA MUJER EMBARAZADA:

CRÁNEO.- cabeza redonda, volumen normal, ojos y oídos bien implantados y características normales.

CARA.- pupilas normorofléxicas, conjuntivas oculoparpebrales normales, mucosa oral y cavidad bucal en buen estado, piezas dentales veintiocho en regulares condiciones de higiene.

CUELLO.- cilíndrico sin presencia de adenomegalias, pulsos carotídeos normales.

TÓRAX.- normolíneo, movimientos respiratorio y circulatorio normales.

MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES.- pulsos y movimientos normales.

MAMAS.- nódulos mamarios simétricos con salida de calostro, pezones normales.

ABDOMEN.- globoso, ovoide a expensas de útero gestante con producto único vivo, sin alteraciones, cicatriz quirúrgica de cesárea previa.

PELVIS.- órganos sexuales de características de acuerdo a su edad, vello púbico bien implantado, vagina elástica ligeramente, hiperémica sin alteraciones.

MIEMBROS PÉLVICOS.- con pulsos normales, movimientos normales con edema bilateral.

PALPACIÓN EN ABDOMEN.- altura uterina 32 centímetros, presentación cefálica dorso izquierdo con una frecuencia cardíaca fetal de 148 por minuto.

PERCUSIÓN.- presencia de ruidos peristálticos.

AUSCULTACIÓN.- ruidos peristálticos presentes, ruidos cardiacos normales, ruidos cardiacos fetales normales, ruidos ventilatorios normales, movimientos respiratorios normales.

MEDICIÓN.- fondo uterino de 32 centímetros, frecuencia cardíaca 106 por minuto, tensión arterial de 120/70, peso y talla de 58.500 y 56 centímetros.

ESTADO FÍSICO.- nivel de conciencia conciente, reactivo, orientado, ubicado en sus tres esferas.

SENTIDOS.- vista, tacto, audición, olfato y gusto normales.

3.2.4 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

PERFIL DEL PACIENTE:

AMBIENTE FÍSICO.-

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA HABITACIÓN.- la casa en que vive es de sus suegros, cuenta con sus suegros, cuenta con una habitación para ellos y comparten la cocina.

TIPO DE CONSTRUCCIÓN.- es horizontal, construida con tabique, ladrillo, cemento, puertas de herrería y techos de lámina de asbesto, cuenta con tres habitaciones, cocina, baño y un patio.

ANIMALES DOMÉSTICOS.- gallinas.

SERVICIO SANITARIO.- cuenta con servicio intradomiciliario de agua la cual existe durante los 365 días del año sin escasearse.

CONTROL DE BASURA.- cada tercer día pasa el camión recolector.

ÉLIMINACIÓN DE DESHECHO.- va directo a la cañería municipal.

ILUMINACIÓN.- buena.

PAVIMENTO.- algunas calles se encuentran pavimentados la mayoría cuenta con empedrado y tierra.

VÍAS DE COMUNICACIÓN.- se cuenta con caseta de larga distancia en la comunidad.

MEDIOS DE TRANSPORTE.- se cuenta con camión y algunos microbuses.

RECURSOS PARA LA SALUD.- centro de salud rural, donde se refieren los pacientes al Hospital.

HÁBITOS HIGIÉNICOS:

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

CAMBIOS DE ROPA PERSONAL.- cambio de ropa después del baño, o salir a algún lugar.

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN.- patrón habitual de alimentación.

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

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

CENA.- leche, pan, atole de maicena.

PREFERENCIA DE ALIMENTOS.- naturales, como frijol, lechuga, soya en diferentes formas, jugos.

INTOLERANCIA.- a nada.

HÁBITOS DE ELIMINACIÓN:

VESICAL.- cuatro a seis veces al día, amarillo, ámbar, espontáneo.

INTESTINAL.- una a dos veces al día, en la mañana o en la noche, consistencia formada café obscuro, sin problemas de estreñimiento.

HÁBITOS DE DESCANSO, RELAJACIÓN Y SUEÑO:

DESCANSO.- por las mañanas una media hora al igual que por la tarde.

SUEÑO.- duerme de ocho a diez horas.

CARACTERÍSTICAS.- se acuesta a las 22 horas y se levanta a las 7 u 8 de la mañana, comparte la habitación con su esposos e hijo, duermen con la luz apagada.

DIVERSIÓN O DEPORTES.- ninguno.

EJERCICIO HÁBITOS DE ACTIVIDAD O SEDENTARISMO.- camina diario en las mañanas de 15 a 20 minutos.

LIMITACIONES PARA EL EJERCICIO.- cansancio por el sobre peso.

ENFERMEDAD ACTUAL.- ninguna.

AFICIONES FAVORITAS.- ver televisión, jugar con su hijo y caminar.

ANTECEDENTES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS:

HORARIO DE TRABAJO.- trabaja solamente en su hogar comenzando sus actividades diarias a las 9 de la mañana.

OCUPACIÓN ACTUAL.- ama de casa.

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTIC. ECON.
Esposo	21	Campeño	\$250.00 semanales.
Hijo	1	-----	-----

DINÁMICA FAMILIAR:

Las relaciones familiares son buenas, pasea con su hijo lo baña, lo cambia, y alimenta, tiene buena comunicación con su esposo, convive con su familia y vecinos.

DINÁMICA SOCIAL:

Visita a sus padres o diario ya que vive cerca, participa en actividades de la comunidad como son las fiestas religiosas.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RUTINA COTIDIANA:

Se levanta a las ocho de la mañana, se arregla, prepara el desayuno, le da de desayunar al bebé y con un sobrino le manda el almuerzo a su esposo al campo. Desayuna ella recoge su casa, cuida al bebé lo que necesita lo va a comprar en la tienda de la comunidad o viaja a Salvatierra, para surtir lo que necesita, prepara la comida, lava la ropa de su familia cada tercer día, espera a su esposo para comer a las cuatro de la tarde descansa un rato, ve televisión o se duerme como a las diez de la noche.

PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO:

Lo inicia el día de hoy con contracciones uterinas leves, regular intensidad y poco frecuentes refiere que fue operada de cesárea el año pasado por lo que el médico del centro de salud le indicó que deberá ser operada y acudir a un hospital ya que tiene cesárea previa con período intergésico corto.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Refiere cuadro de gripa y amigdalitis ocasionales, enfermedad de la infancia sarampión.

Antecedentes traumáticos: transfusiones, alergias negativos, cuadro de inmunización completo, grupo A Rh positivo, tabaquismo y alcoholismo negativos.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS:

Abuelo paterno vivo de 59 años diabético controlado, abuela paterna viva de 57 años hipertensa controlada, abuelo materno vivo de 52 años diabético e hipertenso controlado, abuela materna viva de 50 años sana, padre vivo de 42 años diabético controlado, madre viva de 40 años sana.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Menarca a los 13 años, período menstrual regular, ritmo de 30 x 4 días de duración en moderada cantidad, síndrome premenstrual leve (dismenorreica), un compañero sexual, inicia la vida sexual a los 17 años de edad, no ha usado ningún método de planificación familiar, gestas dos, parto cero, aborto cero, cesáreas uno, fecha del último parto mayo de 1999.

Peso del producto 2800 gramos, fecha de última menstruación 10 de octubre de 1999, fecha probable de parto 17 julio del 2000, control prenatal mensual con aplicación de dos dosis de toxoide diftérico.

3.2.5 EXPLORACION FISICA:

INSPECCIÓN:

ASPECTO FÍSICO.- complexión regular, conciente de 19 años de edad, marcha no claudicante nivel social medio bajo, actitud psicológica adaptada, edema leve en miembros inferiores (++)

ASPECTO EMOCIONAL.- conciente, ubicada, en sus tres esferas, inquieta, quejumbrosa.

PALPACIÓN.- maniobras de Leopold, presentación cefálica, situación alta, dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal de 144 por minuto.

PERCUSIÓN.- ruidos peristálticos presentes, ruidos cardiacos rítmicos, latido cardiaco fetal normal.

AUSCULTACIÓN.- ruidos cardiacos normales, ruidos peristálticos presentes, ruidos y latidos fetales normales, movimientos respiratorios normales.

MEDICIÓN.- tomo de fondo uterino 32 centímetros, toma de frecuencia respiratoria de veinticuatro por minuto, frecuencia cardiaca fetal de 144 por minuto, toma de signos vitales de la paciente. Tensión arterial de 120/90 mm/Hg. Pulso de 73 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto.

EXÁMENES DE GABINETE:

TIPO	NORMAL	OBSERVACIONES
BIOMETRIA HEMÁTICA		
HEMOGLOBINA	12-16 g/dl	12.2 g/dl
HEMATOCRITO	37-47%	38 %
TP	11-15%	12%
TPT	9- 13%	10%
PLAQUETAS	130-400000 mm ³ .	150,000.
QUIMICA SANGUINEA		
GLUCOSA	70-110 Mg.	90 Mg.
ALBUMINA	3.2-5 g.	3.46 g.

EXAMEN GENERAL DE ORINA:

LEUCOCITOS

0 por campo

9-10 por campo.

ULTRASONIDO PELVICO:

Embarazo de 38 semanas de gestación reportando producto unico vivo dorso a la izquierda liquido amniótico normal, placenta normoinserta.

PROBLEMAS DETECTADOS:

- Trabajo de parto.
- Dolor abdominal.
- Edema de miembros inferiores.
- Cesárea previa.³⁹ (45)

³⁹) UNAM, ENEO, SUE.- "Examen clínico". Historia clínica de enfermería.

3.2.6 RESUMEN CLÍNICO

Se trata de paciente de 19 años de edad, orientada reactiva al estímulo externo, al interrogatorio preocupada por la salud de su hijo y ella.

Originaria de San Isidro, municipio de Salvatierra, Guanajuato, donde reside en la actualidad, proviene de nivel socioeconómico bajo, con regulares hábitos higiénicos dietéticos, alimentación regular en aporte calórico proteico, su familia la integran su esposo e hijo ambos sanos.

Su casa habitación se localiza en el medio rural la casa donde vive tiene tres recamaras de las cuales, solamente usa ella una, comparten la cocina y un patio de tierra donde tiene gallinas.

A la observación se encuentra paciente conciente, integra, ubicada en lugar y espacio, respondiendo a las preguntas, se manifiesta preocupada y angustiada.

Tranquilizandose a la orientación psicológica, con ligera palidez de tegumentos, piel y mucosas orales bien hidratadas.

Segundigesta de 19 años de edad, con embarazo de 38 semanas de gestación con podromos de trabajo de parto.

Sus hábitos personales son regulares, vive de acuerdo a sus posibilidades económicas, con algunas carencias. Sus relaciones familiares son buenas, no refiere conflictos con nadie, solo problemas económicos.

Acude al servicio de urgencias de ginecología por iniciar con dolor abdominal tipo obstétrico de leve a regular intensidad y frecuencia. Sin salida de líquido por vagina, edema de miembros inferiores (++) , signos vitales dentro de lo normal.

A la exploración: paciente conciente, orientado, con liger palidez de tegumentos y piel integra, mucosas orales hidratadas, cardiopulmonar con movimientos y ruidos normales, abdomen globoso ocupado por la gestación con producto único, vivo, cefálico, longitudinal dorso a la izquierda, fondo uterino 32 centímetros, producto encajado, frecuencia cardíaca fetal de 144 por minuto.

Al tacto vaginal elástica con buena coloración, sin alteraciones, cérvix posterior blando, con dos centímetros de dilatación, con un 20% de borramiento, membranas integra, miembros pélvicos con edema ++, pulsos carotídeos y periféricos normales, peristalsis presente.

Se cuenta con exámenes de laboratorio dentro de los límites normales.

Con estos datos se ingresa para practicar procedimientos quirúrgico, cesárea tipo Kerr, se obtiene producto único vivo, con apgar de 8-9, peso de 2.800 gramos, transcurriendo el procedimiento sin accidentes pasa a sala de recuperación bajo efectos de anestesia.

Gesta II, paras 0, aborto 0, cesárea 1. Fecha de último parto: Mayo 1999, peso del producto, 2800 gramos, fecha probable de parto 17 julio 2000, infección de vías urinarias a los 4 meses de embarazo controlándose con tratamiento médico, asistió a 10 consultas prenatales donde le aplicaron 2 dosis de toxoide diftérico. Diagnóstico médico de embarazo de 38 semanas de gestación.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES:

- Oxigenación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación.
- Descanso y sueño.
- Termorregulación.
- Higiene.
- Comunicación.
- Sexual y reproductiva.

1.- NECESIDADES DE OXIGENACION:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** realiza sus actividades cotidianas sin fatiga, lleva una vida activa poco sedentaria.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** no se observan.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** come en casa, realiza tres comidas al día, con una dieta variada, le gustan todo tipo de alimentos, ingiere agua y jugo, su talla es de 1.56 metros, y su peso 58.500 kilogramos.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** estuvo tomando vitaminas a partir del séptimo mes.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** eliminación urinaria: frecuencia 5 a 6 veces al día, cantidad normal, evacua una vez al día, las anomalías que presenta a nivel renal sabe que se den al embarazo y que desapareceran al término del mismo.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** desde su ingreso al servicio de quirófano ha llevado una sonda foley a drenaje continuo, con cuantificación y características de orina.

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

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** postura corporal adecuada, puede levantarse para su higiene y permanecer en reposo.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** no se observan.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** duerme de 8 a 9 horas diarias levantándose, descansando y relajada durante el día se acuesta a descansar un rato y en ocasiones se duerme.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** no se observan.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** viste ropa adecuada para su estado de gravidez, a su ingreso usa ropa del hospital.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** no se observan.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** mantiene su temperatura en límites normales de 37.2 grados.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** no se observan.

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

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** su aspecto personal es de regular estado de higiene se baña cada tercer día, se lava los dientes una vez al día.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** discreta palidez de tegumentos, piel ligeramente reseca.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** conciente, orientada la paciente reconoce el grado de peligro que corre ella y su hijo al volver a embarazarse.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** se realiza la operación cesárea.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** no se observan.

11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.-** práctica libremente la religión que ella desea católica participando en los eventos de su comunidad.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.-** no se observan.

12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.**- realiza sus actividades diarias de su hogar y cuida de su hijo, trabaja sólo en su hogar.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.**- no se observan.

13.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.**- manifiesta interés por aprender a conocer todo lo que respecta a su situación de salud.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.**- no se observan.

14.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:

- **DATOS DE INDEPENDENCIA.**- demuestra comodidad con la propia identidad sexual.
- **DATOS DE DEPENDENCIA.**- sabe que debe esperar la cuarentena para reiniciar su vida sexual.⁴⁰

⁴⁰ Fernández Fernin. C. "El proceso atención de enfermería". Estudios de casos. Edición 4ª. Edición. Editorial Masson. Salvat. Barcelona, 1995. Pág. 220.

3.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

FISIOLÓGICOS:

Ansiedad moderada relacionada con el ingreso por parto con cesárea y déficit de conocimientos sobre esta experiencia.

Ansiedad de moderada a grave relacionada con el parto con cesárea no planificada.

Dolor de moderado a grave relacionado con el parto con cesárea.

Alteración del proceso de involución relacionado con el parto con cesárea.

Desequilibrio fisiológico relacionado con la incisión para el parto con cesárea.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con la hemorragia del posparto.

Potencial de infección relacionada con el parto reciente.

Alteración potencial del bienestar relacionada con la ingurgitación mamaria.

SOCIALES:

Ansiedad relacionada con ambiente no familiar, rutinas, pruebas, diagnóstico y tratamiento.

Déficit de autocuidado en relación con problemas sensoriales y cognocitivos.

EDUCATIVOS:

Potencial de alteración en la conservación del estado de salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre procedimientos hospitalarios.

Déficit de conocimientos respecto a la necesidad de apoyo cuando se amamanta a un niño.

Potencial de distres familiar relacionado con la necesidad de planificación familiar.

CULTURAL:

Trastorno del patrón sueño en relación con ambiente desconocido y ruidoso.

ESPIRITUAL:

Riesgo de sufrimiento espiritual en relación con la separación de síntomas de apoyo.

3.4 PLANEACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad moderada relacionada con el ingreso por parto con cesárea y déficit de conocimientos sobre esta experiencia.

OBJETIVO 1:

La parturienta y su familia adquirirán conocimientos para el parto con cesárea y estará preparada física y emocionalmente para esta experiencia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Ansiedad de moderada a grave relacionada con el parto con cesárea no planificada.

OBJETIVO 1:

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

OBJETIVO 2:

La familia cooperará en los preparativos de la embarazada para la cesárea.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Dolor de moderado a grave relacionado con el parto con cesárea.

OBJETIVOS 1:

Se mantendrá el equilibrio fisiológico de la paciente tras la cesárea.

OBJETIVO 2:

La paciente experimentará un malestar mínimo.

OBJETIVO 3:

La familia se adaptará y hará frente a la integridad familiar tras el parto mediante cesárea.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración potencial del proceso de involución relacionada con el parto con cesárea.

OBJETIVO 1:

La paciente se recuperará de la cesárea sin complicaciones y el proceso de involución se llevará a cabo sin alteraciones.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Desequilibrio fisiológico relacionado con la incisión para el parto con cesárea.

OBJETIVO 1:

La paciente progresará hacia la recuperación sin desarrollar infección del sistema respiratorio, urinario o de la incisión.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de volumen de líquidos relacionado con la hemorragia del posparto.

OBJETIVO 1:

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

OBJETIVO 2:

En el momento del alta, será capaz de enumerar los signos de los que debe informar al médico y será capaz de proporcionar cuidados a la madre y al niño.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Potencial de infección relacionada con el parto reciente.

OBJETIVO 1:

La paciente superará su estancia hospitalaria sin desarrollar ninguna infección.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración potencial del bienestar relacionada con la ingurgitación mamaria.

OBJETIVO 1:

La cliente establecerá medidas de autocuidado para las mama.

OBJETIVO 2:

El período de posparto transcurrirá sin que la ingurgitación mamaria provoque excesivas molestia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Angustia en relación con el ambiente no familiar no familiar rutinas, pruebas diagnósticas y tratamiento.

OBJETIVO 1:

El paciente deberá comunicar los sentimientos referente a su condición y hospitalización.

OBJETIVO 2:

Se proporcionará orientación adecuada y oportuna al paciente en cada intervención.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de autocuidado en relación con problemas sensoriales cognoscitivas.

OBJETIVO 1:

Se proporcionará cuidados, seguridad y ayuda al paciente durante su estancia hospitalaria.

OBJETIVO 2:

El paciente mantendrá las practicas habituales que no vayan en contra de su salud.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Potencial de alteración en la conservación del estado de salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre procedimientos hospitalarios

OBJETIVO:

Explicará el razonamiento a procedimientos que se le realiza a la paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de conocimientos respecto a la necesidad de apoyo cuando se amamanta al niño.

OBJETIVO 1:

Antes del alta, la paciente adquirirá conocimientos sobre la alimentación mamaria.

OBJETIVO 2:

Se sentirá capaz de amamantar a su hijo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Distres familiar relacionado con la necesidad de planificación familiar.

OBJETIVO 1:

La pareja optará por alguna forma de anticoncepción antes del alta del posparto.

OBJETIVO 2:

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

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno del patrón del sueño en relación con ambiente desconocido y ruidoso.

OBJETIVO 1:

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

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de sufrimiento espiritual en relación con la separación de sistemas de apoyo religioso.

OBJETIVO1:

El paciente mantendrá las practicas habituales que no vayan en contra de su salud.

CLASIFICACION DE PRIORIDADES**Fisiológica:**

- **Circulación:**
 - 1.- Control térmico.
 - 2.- Sangrado de herida quirúrgica y transvaginal.
 - 3.- Cicatriz de cesárea previa.
 - 4.- Edema de miembros inferiores.

- **Hidratación:**
 - 1.- Mucosas orales reseca.
 - 2.- Pérdida de volumen sanguínea.
 - 3.- Control de líquidos.

- **Higiene:**
 - 1.- Baño.
 - 2.- Aseo bucal.
 - 3.- Lubricación de piel.

- **Seguridad:**
 - 1.- Protección.
 - 2.- Inquieta.

- **Afecto:**
 - 1.- Confusa.
 - 2.- Aprensiva.
 - 3.- Temerosa.

- **Social:**
 - 1.- Bienestar.

- **Estima:**
 - 1.- Independencia.
 - 2.- Ayuda.
 - 3.- Cooperación.
 - 4.- Respeto propio.
 - 5.- Preocupado.

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

3.5 EJECUCION

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

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

Los progresos o las alteraciones pueden comprobarse con rapidez y los cuidadores pueden actuar sobre ello.

El establecimiento de normas de asistencias como parte integrantes del registros de enfermería garantiza el cumplimiento de dichas normas. ⁴¹

⁴¹ GAUNTLETT. Patricia y Myers Judith. "Enfermería médico quirúrgica". Volumen I. 2ª edición. Adaptación Susana Salas y María Teresa Alzaga. Editorial Mosby/Doyma. Libros Madrid, España. Pág. 93.

PLAN DE CUIDADOS

Dx. ENFERMERÍA A	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Ansiedad moderada relacionada con el ingreso por parto con cesárea y déficit de conocimientos sobre esta experiencia.</p>	<p>- La paciente y su familia adquiriran conocimientos para el parto con cesárea, y estarán preparados física y emocionalmente para esta experiencia.</p>	<p>La enfermera valorará la percepción, conocimientos y preparación de la pareja con vistas al parto.</p> <p>Responderá a las preguntas de la pareja y le proporcionará la información necesaria para el parto con cesárea.</p> <p>Les explicará las normativas y procedimientos de la institución de salud para los partos por cesárea. Preparará a la familia y personal de apoyo para el parto mediante cesárea. Proporcionará apoyo emocional a la pareja respondiendo a sus necesidades específicas,</p>	<p>El parto mediante cesárea, planificada se lleva a cabo tras muchas discusiones entre la mujer y el obstetra. Aunque generalmente se le haga explicado a la mujer el porqué del procedimiento, la enfermera necesita reforzar esta información. En los momentos de estrés las personas pueden olvidar lo que se les ha explicado ⁴²</p> <p>El alivio de la ansiedad respecto al procedimiento se consigue mejor dedicando tiempo a responder las preguntas y proporcionando información sobre el quirófano o la sala de parto. ⁴³</p> <p>También será útil la</p>

⁴² NORDMARC. Madelyn. ROHWEDER A. Bases científicas de la enfermería, 2ª. Edición. Editorial La prensa médica mexicana, México 1993. Pág. 60.

⁴³ Ibidem. Pág. 165.

		<p>esto es, sus percepciones del parto, desilusión respecto a la experiencia, imágenes corporales y adecuación o no de su papel como progenitores.</p> <p>Determinará el estado de salud de la embarazada y su preparación física para la cesárea.</p> <p>Enseñará a la paciente la expectativa postoperatoria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Necesidad de cambio de posición toser, y respirar profundamente. 2.- Control del dolor. 3.- Líquidos intravenosos. 4.- Sondaje vesical. 5.- Cuando podrá ver al niño. <p>Obtendrá las pruebas de laboratorio y estudios diagnósticos necesarios.</p> <p>Completará la preparación preoperatoria siguiendo la normativa de la institución de salud.</p>	<p>preparación anticipada para el período del posparto. La mayoría de partos por cesárea primarios no son planificados, por tanto la percepción que la paciente tiene del procedimiento puede no ser exacta si la cesárea se ha planificado antes de la teórica fecha de parto a la parturienta le preocupa el bienestar del hijo.⁴⁴</p> <p>El número de partos mediante cesárea ha aumentado progresivamente desde la década de los '60.</p> <p>El porcentaje medio es de 12.2% al 18%.</p>
--	--	--	---

⁴⁴ Ibidem. Pág. 165.

Dx. ENF.	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACION
<p>Ansiedad de moderada a grave relacionada con el parto con cesárea no planificada.</p>	<p>La pareja adquirirá conocimientos sobre el parto mediante cesárea y se adaptará a la crisis no esperada, sin ansiedad o pánico indebidos.</p> <p>La familia cooperará en los preparativos de la embarazada para la cesárea.</p>	<p>La enfermera explicará las razones de la cesárea no planificada.</p> <p>Obtendrá el conocimiento informado de la familia.</p> <p>Responderá a cualquier pregunta o preocupación de la familia.</p> <p>Obtendrá los datos de laboratorio necesarios.</p> <p>Realizará los procedimientos necesarios, esto es sondaje vesical, preparación de la piel, cuidados preoperatorios.</p> <p>Controlará continuamente el bienestar fetal.</p> <p>Cubrirá las necesidades emocionales de la embarazada y de su familia.</p> <p>Ayudará a la familia a afrontar las posibles sentimientos de fracaso respecto al inesperado procedimiento de parto.</p>	<p>La cesárea no planificada se realiza con diestres fetal, falta de progreso preparto largo, hemorragia a consecuencia de placenta previa o abruptio placentario o rotura de útero malas presentaciones o desproporción cefalopélvica, diagnóstico durante el preparto o prolapsos de cordón.</p> <p>Cualquiera de estas razones debería registrarse en la observación de enfermería y en la hoja de curso clínico.</p> <p>Los partos por cesárea se realizan siguiendo el método clásico o el método cervical bajo.</p> <p>El método usado vendrá determinado por la posición y presentación del feto y la localización de la placenta.⁴⁵</p>

⁴⁵ CARPENITO L.J. "Planes de cuidados y documentación y diagnóstico de enfermería y problemas asociados". 5ª edición. Editorial Interamericana McGraw Hill. 1995. Pág. 167.

Dx. ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACION
<p>Dolor de moderado a grave relacionado con el parto con cesárea.</p>	<p>Se mantendrá el equilibrio fisiológico de la paciente tras la cesárea.</p> <p>La paciente experimentará un malestar mínimo.</p> <p>La familia adaptará y hará frente a la integridad familiar tras el parto mediante cesárea.</p>	<p>La enfermera mantendrá una evaluación continua de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Frecuencia de ritmo intravenoso. 2.- Signos vitales. 3.- Altura del fundus. 4.- Loquios. 5.- Incisión y apósito. 6.- El nivel de conciencia o retorno de la sensibilidad en las extremidades inferiores. 7.- La permeabilidad de la sonda vesical y el color de la orina. <p>Proporcionará a la parturienta medidas para su comodidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Ayudará a girarse y a cambiar de posición, según este indicado. 2.- Usará técnicas de respiración, relajación y visualización. 3.- Administración analgésico, según prescripción. 4.- Mantendrá la higiene. 	<p>Tras un parto mediante cesárea, planificado o no, el proceso de integración familiar se ve retardado debido a la anestesia y al procedimiento quirúrgico.</p> <p>Al tercer día del pos parto el proceso mejorará a medida que lo haga la paciente y que se resuelva el estrés de la situación.</p> <p>La importancia de la angustia implicada dependerá de la salud del neonato.</p> <p>El proceso de duelo se iniciará necesariamente antes de conseguir la vinculación afectiva.</p> <p>El post operatorio indoloro reduce el tiempo de recuperación.</p> <p>El dolor puede causar una disminución de la presión arterial y shock.</p> <p>Es vital la prevención de complicaciones.</p>

		<p>5.- Manteniendo el calor corporal.</p> <p>Permitirá a la familia y a los amigos que permanezcan junto a la paciente.</p> <p>Fomentará la vinculación y la integridad funcional.</p>	<p>La hemorragia pos parto es más probable que se presente en las veinticuatro horas que suceden al parto.</p> <p>Las complicaciones retardará el proceso de integración familiar.⁴⁶</p>
--	--	--	---

⁴⁶ CARPENITO, L.J. "Planes de cuidados". Op. Cit. Pág. 169-170.

Dx. ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Alteración potencial del proceso de involución relacionado con el parto con cesárea.	La paciente se recuperará sin complicaciones y el proceso de involución se llevará a cabo sin alteraciones.	<p>Ayudará a la paciente en sus necesidades higiénicas tales como baño y cuidados perineales hasta que pueda atenderse por si misma.</p> <p>Fomentará la actividad en la cama. Proporcionará comodidad mientras la madre sostiene y alimenta al niño.</p> <p>1.- Ayudará ala parturienta a adoptar la posición de decúbito lateral. 2.- Elevará la cabecera de la cama y protegerá la incisión colocándole una almohada sobre el abdomen.</p> <p>Cuidará de la sonda vesical. Si la incisión es vertical, se medirá la altura del fundus sólo cuando sea necesario.</p>	<p>Tras la cesárea la paciente debe observar unos cuidados pos parto regulares además de los que requiere la intervención quirúrgica.</p> <p>La paciente mediante parto por cesárea necesita cuidados compensatorios totales durante veinticuatro horas y a continuación, cuidados compensatorios parciales hasta el alta (Orem).⁴⁷</p> <p>Los procedimientos quirúrgicos que requieren anestesia aumentan el riesgo de complicaciones.</p> <p>Las pacientes son propensas a la infección por posible éxtasis de los líquidos corporales y alteración de la integridad cutánea.</p> <p>Las sondas vesicales constituyen siempre una preocupación ya que se puede desarrollar una cistitis.</p>

		<p>Enseñar a la paciente su autocuidado</p> <p>Ayudará a la paciente a comprender las razones del parto mediante cesárea.</p> <p>Escuchará la percepción que la paciente tiene de los acontecimientos y clarificará los conceptos erróneos.</p>	<p>Si la paciente tiene fiebre, deben iniciarse las acciones que terminen su causa. ⁴⁸</p>
--	--	---	---

⁴⁸ IBIDEM Pág. 172.

DX. ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Desequilibrio fisiológico relacionado con la incisión para el parto con cesárea.	La paciente progresará hacia la recuperación sin desarrollar infección del sistema respiratorio, urinario o de la incisión.	<p>La enfermera valorará los signos de infección y proporcionará cuidados de apoyo para mantener el bienestar.</p> <p>Controlar la temperatura, pulso y respiración cada cuatro horas o según necesidades.</p> <p>Auscultará los ruidos cardiacos, respiración e intestinales cada cuatro horas o según necesidades.</p> <p>Hará cambios de postura toser y respirar profundamente cada dos horas.</p> <p>Fomentará la de ambulación temprana, sentarse en la cama con las piernas colgando o en una silla doce horas después de la intervención.</p> <p>Permitirá la actividad progresiva según su propio criterio de</p>	<p>Cualquier paciente sometido a una procedimiento quirúrgico requiere unos cuidados de enfermería parcialmente compensatorios (Orem).</p> <p>A medida que mejora, puede pasarse un sistema de apoyo educación sanitaria.</p> <p>En las veinticuatro horas que siguen a la intervención quirúrgica se precisa un cuidado total de la paciente.</p> <p>El niño no deberá permanecer en la habitación de la madre mientras ésta no fuera capaz de cuidarle.</p> <p>La parturienta aquejará más dolor después de un parto mediante cesárea que en un parto vaginal, por está razón, se ententecera el proceso de vinculación afectiva.⁴⁹</p>

⁴⁹ IBIDEM. Pág. 173.

Dx. ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCION	FUNDAMENTACION
<p>Potencial de infección relacionada con el parto reciente.</p>	<p>La paciente superará su estancia hospitalaria sin desarrollar ninguna infección.</p>	<p>La enfermera proporcionará medidas preventivas y de apoyo para ayudar a reducir las posibles infecciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Lavado de manos. 2.- Dieta nutritiva. 3.- Mantendrá la limpieza perineal. 4.- Mantendrá la hidratación. 5.- Iniciará precozmente la actividad y deambulación. 6.- Proporcionara el reposo adecuado. <p>Controlará cuidadosamente la aparición de signos de infección.</p> <p>Tomará la temperatura cada cuatro horas.</p> <p>Controlará el dolor.</p> <p>Controlará el fundus cada cuatro horas o según necesidades.</p> <p>Observará los loquios cada cuatro horas o según necesidades.</p>	<p>Cualquier parturienta propensa a desarrollar una infección.</p> <p>El uso de técnicas estériles en todas las actividades de enfermería pueden contribuir a la prevención.</p> <p>Muchos microbios son transportados por el equipo de salud al llevar las manos sucias.</p> <p>Hay infecciones locales y sistemáticas que ocurren durante el periodo de pos parto.</p> <p>Una temperatura de 38 grados centígrados consecutivas después de las veinticuatro horas indica una infección.</p> <p>Es preciso una valoración cuidadosa para determinar la localización de la infección.</p> <p>Debería realizare cultivos para determinar el microorganismo causal y administrar antibioticoterapia específica.</p>

		<p>Valorará signos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio. • Palidez. • Pérdida de apetito. • Escalofríos. <p>Instalará medidas de aislamiento si se describirá una sepsis.</p> <p>Informar al médico. Proporcionar cuidados de enfermería adecuados al tipo de infección. Reposo en cama. Controlará el dolor. Administrará medicamentos según prescripción médica.</p> <p>Mantendrá la hidratación por V.O., e intravenosa. Controlará la diuresis.</p> <p>Anotar las valoraciones y actividades de enfermería.</p>	<p>Usando oxitoxicos para mantener el útero contraído y prevenir la diseminación de microorganismos a través de la pared uterina.⁵²</p>
--	--	---	--

⁵² IBIDEM. Pág. 188-189

Dx. ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Alteración potencial de bienestar relacionado con la ingurgitación mamaria.	La paciente establecerá medidas de autocuidados para las mamas. El período de pos parto transcurrirá sin que la ingurgitación mamaria provoque excesivas molestias.	La enfermera valorará las mamas para detectar calor, enrojecimiento de los pezones o fisuras en la piel de las mamas. Determinará si la paciente usa sujetadores adecuados. 1.- Estimulará la alimentación frecuente. 2.- Aplicará compresas calientes. 3.- Después de cada alimento dejará los pezones al aire para que se sequen. 4.- Duración de la tetada cinco a seis minutos en cada mama. 5.- Limpieza de pezones con agua. 6.- Enseñará la extracción manual de la leche. 7.- Cambiará con frecuencia las compresas mamarias. 8.- Enseñar a la paciente a interrumpir la aspiración cuando el niño deje de mamar.	Las mamas resumen calostro durante los primeros días y la leche aparece durante el segundo o tercer día. Durante el período que las mamas están llenas la madre puede aquejar molestias. Estas molestias alcanzará el máximo al tercer día, y puede presentarse fiebre por ingurgitación mamaria. El llenado de las mamas se reducirá si la cliente sigue algún criterio para la deshidratación. Mantener los pezones limpios y secos ayuda a prevenir infecciones. Poner al niño a mamar durante breves intervalos en cada mama y luego aumentarlos ayudará a prevenir las úlceras. ⁵³

⁵³ IBIDEM. Pág. 80

Dx. ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCION	FUNDAMENTACION
<p>Ansiedad en relación con ambiente no familiar, rutinas, pruebas diagnósticas y tratamiento.</p>	<p>Se deberán comunicar los sentimientos referentes a su condición y hospitalización del paciente. Se proporcionará orientación ordenada y oportuna a la paciente en cada intervención.</p>	<p>Orientar a la paciente en la habitación sobre: cama, baño, etc. Explicar las normas y rutinas del hospital. Horas de visita. Horas de comida. Control de constantes vitales. Normas para salidas fuera de la unidad. Determinar el conocimiento del paciente acerca de su condición, su pronóstico y medidas de tratamiento. Determinar su capacidad de dar su consentimiento. Explicar todo lo relacionado a su terapéutica. Corregir todo error e información incorrecta que pueda expresar la</p>	<p>Un proceso de admisión tranquila y profesional y una presentación cálida puede ayudar al paciente a establecer un tono positivo para su estancia en el hospital.⁵⁴ Darle una información correcta puede ayudarle a disminuir la ansiedad del paciente asociado a lo desconocido y extraño. La enseñanza del paciente sobre las pruebas y medidas de tratamiento pueden ayudar a disminuir su miedo y ansiedad asociado a lo desconocido y mejorar su sensación de control sobre la situación. La participación en la toma de decisiones, puede ayudar a dar al paciente una sensación de</p>

⁵⁴ HALLOWAY, M. Nancy. "Cuidados de enfermería médico quirúrgica, planes y cuidados de enfermería". 2ª. Edición. Editorial Doyma 1990. Pág. 703.

		paciente.	<p>control, lo que fomenta su capacidad de afrontamiento.⁵⁵</p> <p>La percepción de la pérdida de control puede dar como resultado una sensación de impotencia y luego de desesperanza.</p> <p>El consentimiento de sus derechos y recursos como persona hospitalizada puede proporcionar tranquilidad y ayudarlo a reducir su nivel de ansiedad.</p> <p>Una forma que contribuye habitualmente al miedo y a la ansiedad es la información incorrecta.</p> <p>Darle una información adecuada y correcta puede ayudar a aliviar los temores del paciente.⁵⁶</p>
--	--	-----------	--

⁵⁵ IBIDEN. Pág. 701

⁵⁶ IBIDEM Pág. 709.

Dx. ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCION	FUNDAMENTACION
Déficit de autocuidados en relación a problemas sensoriales y cognocitivos.	Se proporcionará cuidados, seguridad y ayuda a la paciente, durante su estancia hospitalaria.	<p>Promover la máxima implicación del paciente en su cuidado y autocuidado.</p> <p>Organizar las actividades de forma que el paciente pueda realizarlas fácilmente.</p> <p>Ayudar al paciente en aquellas actividades que no es capaz de realizar:</p> <p>Cepillado de pelo.</p> <p>Animale y ayudarle a establecer un horario regular.</p> <p>Evaluar su capacidad para su cuidado.</p> <p>Darle ayuda y capacidad para sus cuidados.</p> <p>Siempre que sea posible animale a que realiza su rutina diaria.</p> <p>Proporcionará prendas de vestir una talla mayor a lo normal.</p> <p>Proporcionar ambiente estético.</p>	<p>Los trastornos de equilibrio fisiológico y psicosocial que resultan en reacciones exageradas o disfunción mental individual para hacer frente con éxito a todos los acontecimientos de la vida.⁵⁷</p> <p>El fomento de las capacidades de autocuidado del paciente puede aumentar su sensación de control e independencia promoviendo el bienestar general.⁵⁸</p> <p>Las enfermeras deben planear los cuidados de acuerdo a sus conocimientos y según lo que observe en el paciente y medio ambiente.</p> <p>La participación del paciente en el autocuidado mejora su funcionamiento fisiológico y reduce la fatiga por la inactividad y mejorará su sensación de bienestar.</p>

⁵⁷ NORDMAR. Madelyn. ROHWEDER A. "Bases científicas de enfermería". 2ª edición. La prensa médica mexicana. México 1993. Pág. 629.

⁵⁸ HOLLOWAY M.N. Op. Cit. Pág. 706.

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Potencial de alteración en la conservación del estado de salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre procedimientos hospitalarios.</p>	<p>Se explicará el razonamiento sobre cada procedimiento a la paciente.</p>	<p>Proporcionará una información correcto usando términos sencillos.</p> <p>Valorar su respuesta emocional actual.</p> <p>A los factores de estrés del hospital.</p> <p>Explicará los posibles casos del desconocimiento.</p> <p>Corregir todo error e información inexacta que tenga el paciente sobre el procedimiento.</p> <p>Explicar la importancia y finalidad de todos los procedimientos.</p> <p>Explicar las rutinas de los servicios.</p>	<p>El conocimiento correcto del procedimiento planificado y las rutinas ayudan a reducir la ansiedad y el miedo relacionado con lo desconocido.</p> <p>La ansiedad moderada o elevada determina la capacidad de procesar la información las explicaciones sencillas imparten con más eficacia la información.</p> <p>El apoyo adecuado puede eliminar o reducir al mínimo los sentimientos del paciente de que debe pasar el solar.</p> <p>El conocimiento exacto de los conocimientos planeados y de las rutinas de cuidados puede ayudar a reducir la ansiedad y el miedo en relación con lo desconocido.⁵⁹</p>

⁵⁹ IBIDEM. Pág. 716.

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Déficit de conocimientos respecto a la necesidad de apoyo cuando se amamanta a un niño.</p>	<p>Antes del alta la paciente adquirirá conocimientos sobre la alimentación materna se sentirá capaz de amamantar a su hijo.</p>	<p>La enfermera valorará los conocimientos de la paciente sobre la lactancia materna.</p> <p>Valorará los preparativos realizados durante el período prenatal.</p> <p>Proporcionará las instrucciones necesarias para la lactancia materna.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Beneficios. 2.- Higiene de manos. 3.- Aseo de pezones. 4.- Como sostener el bebé. 5.- Como comprimir el pezón. 6.- Necesidad de iniciar con períodos de tres minutos en cada mama hasta llegar a diez. 7.- Como interrumpir la succión. 8.- Como determinar las horas de alimentación. 	<p>Los niños que van a ser amamantados deberían ponerse al pecho durante el primer período de reactividad.</p> <p>La succión es necesaria para estimular el reflujo de subida de leche y calostro proporciona el alimento necesario durante el período que tarda en subir la leche (dos a tres días).</p> <p>Proporcionar apoyo a la pareja durante las tetadas.</p> <p>La ictericia fisiológica puede ser más problemática para los niños con la lactancia materna.</p> <p>Estimular el uso de agua para diluir el líquido circulante.⁶⁰</p>

⁶⁰ IBIDEM. Pág. 91.

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Distres familiar relacionado con la necesidad de planificación familiar.</p>	<p>La pareja optará por una forma de anticoncepción antes del alta del pos parto. La pareja superará el período pos parto sin incidencia de distrés familiar relacionado con la necesidad de planificación familiar.</p>	<p>La enfermera explicará por que se producen la mayoría de embarazos no deseados.</p> <p>Determinará las preferencias culturales y étnicas sobre el control de la natalidad.</p> <p>Comentará con la pareja su anterior método anticonceptivo para determinar porque piensan que no es efectivo.</p> <p>Proporcionar a la pareja información completa sobre el resto de métodos.</p> <p>Explicar a la pareja que la esterilización no afecta la actividad sexual.</p>	<p>La causa principal de los embarazos no planificados se encuentra principalmente en una de estas tres categorías:</p> <p>Uso irregular o inadecuado de métodos anticonceptivos eficaces.</p> <p>No utilizar algún método de anticoncepción.</p> <p>Uso de métodos ineficaces.</p> <p>Comentar con la pareja el método anticonceptivo usado. Las enfermeras tiene la obligación de informar los métodos anticonceptivos de forma objetiva e imparcial.⁶¹</p>

⁶¹ Mondragón Obstetricia Ilustrada 3ed. México 1995. pág. 266

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACION
<p>Transtorno del patrón sueño en relación con ambiente desconocido y ruidoso.</p>	<p>Se proporcionará ambiente tranquilo al paciente para que descanse por lo menos de seis a ocho horas diarias.</p>	<p>Explicar el ciclo del sueño.</p> <p>Estadio I transicional entre estar despierto y dormido.</p> <p>Estadio II primer sueño la persona se despierta fácilmente.</p> <p>Estadio III, sueño más profundo, el despertar es más difícil.</p> <p>Estadio IV, el sueño más profundo el metabolismo y las ondas cerebrales se aminoran.</p> <p>Iniciar las medidas para promover la relajación.</p> <p>Mantener un ambiente oscuro y silencioso.</p> <p>Asegurar una buena ventilación de la habitación.</p> <p>Cerrar la puerta si lo desea.</p> <p>Explicar la importancia del</p>	<p>Una persona pasa tiempo típicamente por cuatro o cinco ciclos compuestos de sueño cada noche. El despertar durante un ciclo puede hacerlo no sentirse bien descansado por la mañana.</p> <p>El sueño es difícil sin relajación el ambiente hospitalario desconocido puede impedir la relajación.</p> <p>Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un período prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental).⁶²</p> <p>El ejercicio regular no solo aumenta la resistencia y favorece la capacidad de tolerar el estrés psicológico, sino que también promueve la relajación.⁶³</p>

⁶² Ibidem Carpenito pág. 222

⁶³ NORDMARK/ROHWEDER. Pág. 303.

		ejercicio regular para promover un buen sueño.	
--	--	--	--

1

Diagnóstico Enfermería	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Riesgo de sufrimiento espiritual en relación con la separación de sistemas de apoyo religioso.</p>	<p>Se mantendrán las practicas habituales que no vayan en contra de la calidad de la paciente.</p>	<p>Expresar la comprensión y aceptación de la importancia de las creencias y practicas religiosas o espirituales.</p> <p>Darle intimidad y tranquilidad para los ritos espirituales, según los deseos del paciente y según se pueda practicar.</p> <p>Si lo desea ofrescase a rezar con el paciente o leerle un texto religioso.</p>	<p>Para su paciente que le da mucho valor a la operación u otras practicas espirituales estas practicas pueden darle significado, finalidad y pueden ser una fuente de consuelo y fuerza.</p> <p>La intimidad y el silencio proporcionan un ambiente que posibilita la reflexión y contemplación.</p> <p>La enfermera incluso la que no suscribe a los mismo valores o creencias religiosas que el paciente le puede ayudar a cubrir sus necesidades espirituales.</p> <p>Estas medidas pueden ayudar al paciente a mantener los lazos espirituales y a practicar los ritos importantes.⁶⁴</p>

⁶⁴ IBIDEM. Pág. 712.

3.6 EVALUACION:

Durante la evaluación que se realizó a la paciente y a su familia expresaron conocimientos y las expectativas que se le mencionaron sobre el parto por cesárea de las cuales la paciente explico correctamente cinco de ellas disminuyendo la ansiedad que al momento de su ingreso la paciente y familia tenían.

La pareja expreso correctamente las razones de una cesárea no planificada por lo que ve a la intervención necesaria expresando su percepción de la situación con aceptación y ansiedad mínima, la enfermera obtiene la firma del informe del consentimiento.

Transcurre la cirugía (cesárea tipo kerr), sin complicaciones, se obtuvo producto único vivo de sexo masculino, peso 2700 kilogramos que lloró y respiro espontáneamente respondió a los cuidados mediatos e inmediatos del recién nacido.

La paciente se recuperó de la anestesia y ya en piso su estado es estable para su condición actual.

En piso se le administran analgésicos para que descanse y evitar el dolor inmediato al postoperatorio ya que el dolor puede causar disminución de la presión arterial y el shock.

Se vigilo el sangrado post-operatorio ya que es una complicación que se puede presentar en las primeras 24 horas después del posparto y retardar el proceso de integración familiar.

Se orientó a la paciente sobre la importancia de la lactancia materna logrando el objetivo planeado sobre está ya que la madre realiza medidas de autocuidado para la alimentación materna expresando el mínimo de molestias mamarias no siendo necesaria la administración de analgésicos.

También se logro el objetivo sobre planificación familiar donde la paciente verbalizo correctamente la información proporcionada sobre las formas disponibles de anticoncepción expresando su acuerdo sobre una forma de anticoncepción antes de su alta.

En el diagnóstico de enfermería déficit de autocuidado en relación con problemas sensoriales y cognitivas se lograron los objetivos planeados donde la paciente participa en su arreglo personal (baño, aseo bucal, etc), además que permite que se le ayude en lo que sea necesario, hace preguntas adecuadas, adquiere buenos hábitos de salud y al mismo tiempo evita complicaciones.

Durante su estancia hospitalaria se oriento a la paciente sobre cada una de los procedimientos que se le realizaron siendo estos necesarios, cooperando y ayudando correctamente para evitar complicaciones en el proceso de su recuperación y el cumplimiento terapéutico. Se logró también el objetivo referente al sueño en un 80% relacionado con ambiente desconocido y ruidoso.

Además que se realizó un plan de alta el cual se dio a conocer a la paciente y familia.

PLAN DE ALTA

JUSTIFICACION:

Con la finalidad de que la paciente al regreso de la unidad hospitalaria se incorpore a su núcleo familia y social, a sus actividades cotidianas, tratar de llevar su vida lo mejor posible. Sin descuidar la continuidad de su tratamiento e indicaciones para llevar a cabo una vida óptima.

OBJETIVOS:

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

LIMITES:

ESPACIO.- hogar de la pacientes.

LUGAR.- domicilio y el hospital.

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

TIEMPO.- este será de 8 días de su egreso hospitalario, hasta su primera consulta con el especialista o el médico familiar.

UNIVERSO DE TRABAJO.- la paciente y su núcleo familiar.

INDICACIONES MEDICAS:

- Proporcionar receta, medicamentos o indicaciones.
- Antibiótico V.O. c/6 horas por 10 días.
- Analgésico V.O. c/8 horas por razón necesaria.
- Medidas generales:
 - Baño diario y cambio de ropa.
 - Curación de herida quirúrgica.
 - Deambulaci3n diaria.
 - Dieta normal.
 - Cuidado y lubricaci3n de la piel
 - Vigilancia de cicatrizaci3n de herida quirúrgica.
 - Orientaci3n sobre lactancia materna.
 - Orientaci3n sobre puerperio quirúrgico.
 - Orientaci3n sobre Planificaci3n Familiar.

FUNDAMENTACION DEL AUTOCUIDADO:

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

Cuando el consumo de materiales requeridos son realizados por ellos mismos es denominado o referido como autocuidado.

UNA TEORIA DEL AUTOCUIDADO:

El autocuidado es la acción que yo ejecuto, para el mismo, para mi propio bien, para mi vida, salud y bienestar.

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

AUTOCUIDADO Y VIDA DIARIA:

El autocuidado es uno de los muchos resultados en la búsqueda de esfuerzos en la vida de los individuos hay dos frecuentemente reconocidas, esfuerzos muy personales que afectan la ejecución de todos los otros intentos. Estos son autovalorados y autoadministrados.

Para prever autocuidados los individuos deben tener poder y las capacidades para hacerlo, este poder denominado agencia de autocuidados.⁶⁵

DIAGNOSTICO DE EGRESO:

Puerperio quirúrgico tardío.

⁶⁵ 54) OREM E. Dorothea. "El mundo de la enfermería". Traducción de Laura Morán Peña. Pág. 5-7 y 10.

IV.- CONCLUSIONES

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

La valoración es la recopilación de datos en forma directa e indirecta, para identificar las necesidades y definir los problemas del paciente. La recolección y selección de datos puede ser indirecta: la familia, la comunidad, el equipo de salud. Directos: con el paciente documental, bases conceptuales de salud enfermedad por medio de la observación, comunicación, entrevista, cédula que permite elaborar la historia clínica de enfermería para identificar necesidades y problemas.

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

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

La priorización de necesidades para establecer los resultados esperados con objetivos y metas a corto y largo plazo proponiendo estrategias de las intervenciones, de enfermería con la participación de la paciente y la familia, con un plan de autoinstrucción con informes de resultados y notas de enfermería, mostrando los criterios de atención, las condiciones del paciente y la valoración por turno.

Ejecución es la aplicación de los cuidados de enfermería con base a las necesidades del paciente, físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas, rehabilitación, participando la enfermera, el paciente y la familia, el equipo de salud, la comunidad misma que facilita la continuidad del cuidado la educación al paciente y la familia para el autocuidado, quienes harán ajustes necesarios para alcanzar los objetivos.

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

Al terminar de elaborar el proceso de atención de enfermería a una paciente con distocias de trabajo de parto pudimos observar que la incidencia de cesárea cada día es mayor pero que también el riesgo tanto para la madre como para el producto a disminuido notablemente y pueden egresar los dos en condiciones satisfactorias.

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

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

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

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

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

Una vez identificados y determinados los problemas a través del diagnóstico de enfermería. En la siguiente fase se sistematizaron las estrategias en la atención tomando en cuenta la priorización de necesidades, los objetivos y

los resultados esperados, por lo que se elaboró un plan de cuidados con los puntos: diagnóstico, objetivos, intervenciones y fundamentación.

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

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

IV. GLOSARIO

ACTIVIDAD:

Es la acción o tarea específica que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos.

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA:

Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad o sus complicaciones, mantener o restablecer la salud.

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA:

Actividad reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

ACTIVIDAD INTERDEPENDIENTE DE ENFERMERÍA:

Actividad de enfermería que requiere la dirección o asesoramiento de otros profesionales de la salud.

ADMINISTRACIÓN:

Es un conjunto sistemático de normas que tienen la finalidad de lograr la mayor eficiencia en las normas de estructurar y manejar un organismo social.

AMENORREA:

Supresión del flujo menstrual en una mujer no embarazada y que no ha llegado a la menopausia.

ANALGÉSICO:

Medicamento destinado a suprimir el dolor.

ANESTÉSICO:

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

ANOREXIA:

Disminución o ausencia del apetito.

ATENCIÓN INTEGRAL:

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

CESÁREA:

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

CÉRVIX:

Pertenece a la región del cuello del útero.

COAGULO:

Masa de líquido coagulado.

COMUNICACIÓN:

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

COMUNIDAD:

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

CÓLICO:

Término que empleado sólo se aplica a los dolores provocados por las enfermedades intestinales.

CRITERIO:

Es un elemento concreto que sirve de norma o modelo.

DIAGNÓSTICO:

Es la segunda etapa del proceso de atención de enfermería, durante la cual se analizan los datos de valoración.

DIASTÓLICO:

Período de relajación del ciclo cardíaco.

DIAFORESIS:

Transpiración exagerada.

DECÚBITO:

Posición del cuerpo acostado horizontalmente.

DIETA:

Empleo racional y metabólico del alimento.

DILATACIÓN:

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

DOCENTE:

Que enseña. Perteneciente o relativo a la enseñanza formal.

EDEMA:

Infiltración del tejido celular subcutáneo y del tejido celular por la serosidad.

EJECUCIÓN:

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

ENFERMEDAD:

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

EMBARAZO:

Estado funcional particular en que se encuentra la mujer mientras se desarrolla en ella el nuevo ser.

EMBRIÓN:

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

ENCAJAMIENTO:

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

ENFERMERA:

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

ENFERMERÍA:

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

ESCOLIOSICA:

Desviación lateral de la columna vertebral.

ESTANDARES:

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

ESTRUCTURA:

Disposición de etapa sistemáticas y lógicas.

ETIOLOGIA:

Causa de la enfermedad.

EVALUACION:

Quinta etapa del proceso de enfermería. Se determina si se han alcanzado los objetivos de los cuidados de enfermería, se identifican los factores que han

contribuido al éxito o fracaso del plan y se establece si han de modificarse los cuidados o estos pueden darse por concluidos.

FEBRIL:

Concerniente o relativo a la fiebre.

FETO:

Producto de la concepción.

FIEBRE PUERPERAL:

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

FORCEPS:

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

HOLISTICO:

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

HEMATURIA:

Presencia de sangre en la orina.

HIPERTENSION:

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

HIPOTENSION:

Presión arterial baja, (sistólica menor de 110 mmHg, diástolica menor de 70 mmHg).

INDICADORES:

Son criterios establecidos que sirven de referencia para enjuiciar.

INFILTRACION:

Penetración de un líquido o de un gas en las mallas de un tejido óganico.

INTEGRIDAD:

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

INVESTIGACION:

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

LIQUIDO AMNIOTICO:

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

LOQUIOS:

Flujo uterino durante las primeras semanas después del parto.

MARCO DE REFERENCIA:

Amplitud con que concebimos algo. Los conocimientos y referencias en cualquier área.

MECANISMO DE DEFENSA:

Mecanismo mental inconciente que utiliza la persona para disminuir su ansiedad, cuando percibe alguna amenaza para su integridad.

METODO:

Consiste en la forma de efectuar una labor determinada.

MM GH:

Milímetros de mercurio.

NAUSEAS:

Trastorno del tubo digestivo caracterizado por ganas de vomitar.

NECESIDAD:

Elementos imprescindibles para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológicas.

NOCIVO:

Malo para el organismo.

OBJETIVO:

Meta o fin determinado. Cambio que quiere lograr.

OBJETIVO DE ENFERMERIA:

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

PARTO:

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

PLANEACION:

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

RECIEN NACIDO:

Literalmente niño que acaba de nacer; comúnmente se aplica al niño en las primeras semanas de vida, período en el que se realiza su adaptación al nudo ambiente circulante.

SANGRE:

Líquido orgánico que baja el impulso de la actividad cardiaca circula en un sistema de vasos cerrados, con objeto de mantener las funciones vitales en los distintos tejidos y órganos.

TAPONAMIENTO:

Aplicación de un tapón, generalmente para cortar una hemorragia de una cavidad (nariz, vagina, útero, etcetera).

TAQUICARDIA:

Aceleración del ritmo cardíaco por encima de los 70-80 latidos normales por minuto.

ULTRASONIDOS:

Vibraciones de la misma naturaleza que las que dan origen a los sonidos, pero de una frecuencia excesiva para ser percibidas por el oído humano.

UREA:

Producto final de la destrucción de las proteínas y de los aminoácidos.

UTERO:

Órgano muscular, hueco, situado en la pelvis de la mujer destinado a proteger y a nutrir durante el embarazo al feto en el curso de su desarrollo y hasta su nacimiento.

VACUNA:

Preparación que contiene gérmenes o virus muertos o atenuados, o bien toxinas modificadas es decir, tratadas de tal modo que mantenga intactos su poder antigénico, pero incapaces ya de producir la enfermedad en cuestión.

VARICES:

Dilatación patológica de una o más venas, que afecta sobre todo a la superficies de los miembros inferiores.

VEJIGA:

Órgano hueco musculomembranoso, situado detrás del pubis, que forma parte del aparato urinario.

VÉRMIX CASEOSO:

Sustancia blanca y untuosa, constituida por células descamadas y por material proteico lipidico que recubre al recién nacido en el momento de su nacimiento.

VULVA:

Parte exterior de los órganos genitales femeninos.

IV.- BIBLIOGRAFÍA

- **A.M.H.G.O. No. 3 del I.M.S.S.** "Ginecología y Obstetricia". 3ª. edición. Ed. Méndez Editores México, D.F. (© 1997) p.p. 1029.
- **ALFARO, Rosalinda** "Aplicación del Proceso de Enfermería". Edit. Doyma, Barcelona, España, 1989. p.p. 350.
- **ATKINSON, Lucy y Jo. Mary Louise Kohn.** "Técnicas de Quirófano" 5a. ed. Tr. De Jorge A. Merino, México. Editorial Interamericana, 1986 (© 1981) p.p. 457.
- **BRUNNER, D. S. Suddart.** "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica". Vol. II. 4ª. ed. Editorial. Interamericana. México, 1988 (© 1988) p.p. 1507.
- **CANALES, Metodología de la investigación.** Manual para el desarrollo del personal de salud, OPS/OMS México, 1986.
- **CARPENITO, Linda.** "Diagnóstico de Enfermería". 2ª. ed. Editorial Interamericana, México, D. F. 1988 © p.p. 465.
- **Du Gas Barbara Marie,** "Tratado de enfermería práctica". Editorial Interamericana, Tercera edición, 1979
- **FAJARDO ORTIZ, Guillermo.** "Teoría y práctica de la Administración de la Atención Médica y de los Hospitales". Editorial. La Prensa Médica Mexicana. México, 1972 (© 1970) p.p. 286.

- **FLYNN E. A. Mahoney.** "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica". Editorial. Interamericana, México D.F. 1986. p.p. 212.
- **García González, Ma. De Jesús,** "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson" 1ª. Edición, Editorial Progreso, S.A., México, 1997.
- **GAUNTLETT. Patricia y Myers, Judith.** "Enfermería médico-quirúrgica". Vol. 12ª Ed. Adaptación: Susana Salas y Ma. Teresa Alzaga, Edit. Mosby-Doyna libres, Madrid España, 1995. p.p. 1180.
- **HENDERSON, Virginia.** "Teoría de las 14 necesidades aplicadas al paciente hospitalizado". Apuntes mimeografiados utilizados en el Programa de educación permanente para profesores de enfermería, León, Gto., México, 1988.
- **HOLLOWAY.** "Planes de cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica". Editorial. Dogma España., 1990 (©1989) p.p. 536
- **JONATHAN, L. Benumof.** "Clínicas de Anestesiología de Norteamérica". Tr. De W. B. Saunders México, Ed. Interamericana, 1989 (©1989). p.p. 409.
- **KING, Image;** "Enfermería como profesión filosófica, principios y objetivos". Ed. LIMUSA, México, 1989. p.p. 360.

- **KOZIER, Bárbara.** "Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas". 2ª. edición. Editorial. Interamericana México 1989 (© 1989). p.p. 1182 .
- **MARRINER, Ann** "El proceso de atención de enfermería con un enfoque científico". Traducción de la 2ª. Ed. Dr. Alfonso Téllez Vallejo. Editorial Manual Moderno, México, D. F. 1990.
- **MARRINER, Ann.** "Modelos y Teorías de Enfermería". Rol. Barcelona, España, 1989.
- **MONDRAGÓN Castro, Héctor.** "Obstetricia Básica Ilustrada". 4ª. ed. Editorial Trillas. México, DF, 1995. (© 1982); p.p. 823.
- **PATRICIA W. IYER, Bárbara J. Taptich.** "Proceso de enfermería y Diagnóstico de Enfermería". 2ª. ed. Ed. Interamericana, México D. F. 1989 (©1986) p.p. 325.
- **PERNOLL L. Martin, Alan H. Dechering.** "Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstetrico". 7ª. ed. Editorial. El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. 1997© 1976. p.p. 1535.
- **RUIZ MJA, RODRIGUEZ EC , Marquez TJF.** "Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar". Gin Obst Mex 1982;50:29-32

los resultados esperados, por lo que se elaboró un plan de cuidados con los puntos: diagnóstico, objetivos, intervenciones y fundamentación.

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

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

- **SMITH, Doroth** "Cuidados de Enfermería para Adultos". 2ª. ed. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1967 (© 1962) p.p. 82.
- **SMITH, Germán** "Enfermería Médico-Quirúrgica". 3ª. ed., Ed. La Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1967 (© 1962). p.p.1078.