



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE DE PUERPERIO FISIOLÓGICO
INMEDIATO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

GUADALUPE MOLINA MARCIAL

DIRECTOR ACADEMICO: LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



ZIHUATANEJO, GRO.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ENERO DEL 2005.



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m. 345165



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Doy gracias por la vida, por la familia que tengo y por mi trabajo.

Lo que aprendo con sencillez lo comparto con mis compañeros de trabajo, siempre en beneficio del individuo, familia y comunidad.

A MI MADRE:

Agradezco a mi madre por el amor brindado, comprensión y el apoyo otorgado durante todo el tiempo el cual me ha impulsado para continuar superándome en lo personal como en lo profesional.

A MIS HERMANOS:

Guillermo y Demetrio por entender mi desapego físico, por su apoyo psicológico y económico e impulsarme a la superación profesional.

A MI SOBRINO:

Felipe por el gran apoyo brindado en la elaboración de los trabajos manuales y la disponibilidad de tiempo otorgado.

A MIS AMIGAS:

Maida, chayo y linda: les manifiesto mi mas sincero agradecimiento y por su apoyo incondicional.

A MI MAESTRO:


Federico Sacristán por su tiempo y apoyo brindado durante la elaboración del pae, Gracias maestro nunca lo olvidare.

CONTENIDO	Página
Introducción	8
Objetivos	10
Justificación	11
Metodología	12
Capítulo I Marco Teórico	22
Capítulo II Valoración Diagnostica De Enfermería	43
Capítulo III Plan Atención De Enfermería	59
Conclusiones	80
Sugerencias	81
Referencias Bibliográficas	82
Anexos	84
Glosario de Términos	95

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

NOMBRE: GUADALUPE MOLINA MARCIAL

FECHA: 9-JUNIO-2005

FIRMA: 

INTRODUCCIÓN.

Puerperio época de ajuste, que inicia al termino del alumbramiento y continua seis semanas o hasta que el organismo materno ha recuperado las condiciones anatomofuncionales sin importar la duración de la gestación así como que el producto haya nacido vivo o muerto y la terminación de este periodo la determina el primer ciclo menstrual posnacimiento.

La revisión y el seguimiento estricto permiten prevenir o determinar a tiempo las complicaciones que podrían surgir en esta etapa, es conveniente destacar la importancia de su vigilancia porque durante esta etapa ocurren fenómenos fisiológicos muy importantes, como el inicio de la lactancia. Además, porque tiene riesgos y complicaciones específicos para la madre, que pueden ser importantes productores de morbilidad y mortalidad.

El presente proceso atención de enfermería ha sido elaborado con el fin de determinar las necesidades fundamentales de la paciente en puerperio fisiológico inmediato.

Se describen los objetivos y la metodología de trabajo incluye las etapas del proceso atención de enfermería

Para realizar tal análisis se ha dividido en capítulos:

en el primer capítulo: se presenta el marco teórico, donde se describe el concepto y características del proceso atención de enfermería. Así mismo se describirá el concepto, clasificación, características físicas y psicológicas, complicaciones e intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico.

en el segundo capítulo: se presenta la valoración de enfermería y se concluye con los diagnóstico de enfermería.

en el tercer capítulo: se presentará la aplicación del plan atención de enfermería.

Y por último se darán a conocer las conclusiones, sugerencias, glosario de términos, referencias bibliográficas, anexos y recomendaciones.

OBJETIVOS.

- ❖ Contar con un instrumento que me permita sustentar el examen profesional.

- ❖ Utilizar el proceso atención de enfermería como una herramienta fundamental para brindar cuidados de enfermería en forma holística.

- ❖ Ampliar el conocimiento en el manejo de la paciente, en el puerperio fisiológico.

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo del proceso atención de enfermería en una paciente de puerperio fisiológico inmediato es para tener un formato sistemático que me permite identificar y resolver las necesidades fundamentales de la paciente.

El plan de cuidados debe ser personalizado, ya que se emplea como un instrumento abierto y sistemático en el que a partir del diagnóstico enfermero, se trazan los objetivos, las intervenciones de enfermería y las evaluaciones un medio extraordinario para organizar los cuidados, pero exige mucho tiempo y energía.

El que las enfermeras apliquen el proceso atención enfermería sustentado en conocimientos teóricos y científicos sobre el cuidado integral de la persona donde acude a solicitar el servicio de salud es de gran beneficio para la institución y para el paciente por que se evitan complicaciones, además de que esto les ocasiona menos gastos económicos.

Yo como egresada de licenciatura en Enfermería y Obstetricia voy a contar con una herramienta para el futuro que me permita brindar cuidados integrales.

METODOLOGÍA

1. Selección de la paciente en puerperio fisiológico inmediato.
2. Revisión, selección y análisis de bibliografía referente al puerperio fisiológico.
3. Elaboración de un diseño del proceso atención enfermería, que incluya todos los elementos necesarios para proporcionar atención de enfermería técnica y científica.
4. Valoración: se llevará a cabo a través de la observación, entrevista, historia clínica y examen físico para seleccionar los problemas prioritarios.
5. Diagnósticos: son elaborados siguiendo la metodología de PES con previa jerarquización.
6. Planeación: en este rubro se planearán todas las actividades a realizar entorno al proceso atención de enfermería, además se jerarquizara la problemática del paciente, como también se determinaran los objetivos y planeación de las intervenciones enfermería.

7. Ejecución: se realizarán todas las actividades planteadas de acuerdo a los problemas detectados.

8. Evaluación: se observarán las reacciones y cambios en la paciente, la eficacia de las intervenciones de enfermería además de la evaluación del logro de los objetivos.

9. Elaboración de conclusiones, sugerencias, referencias bibliografía, glosario de términos y anexos, el cual incluirá el formato utilizado en la realización de la valoración diagnóstica de enfermería.

VALORACION

Es la primera fase del proceso de enfermería que incluye la recogida, organización y valoración de los datos, procedentes de diversas fuentes para anunciar el estado de salud de una persona, familia y comunidad.

Métodos utilizados para la valoración es la observación, entrevista, historia general y examen físico.

a) **Observación:** capacidad intelectual de captar frases de los sentidos los detalles del mundo exterior¹.

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

b) **Entrevista:** Técnica que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencional².

¹ MURRAY, Mary Ellen Proceso de atención de enfermería. Ed. Mc Graw Hill International Pag 118.

² BALSEIRO, A. Lasty Investigación en Enfermería Ed. Prado, Pag. 113

c) Historia clínica: Es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista permite a la enfermera establecer una relación con el paciente y su entorno, a fin de obtener los datos mas significativos de sus padecimientos, su estado psicológico y social, para definir los problemas prioritarios³.

d) Examen físico: El examen incluye aspectos físicos y psicológicos, la enfermera lo lleva a cabo para recoger datos sobre el estado del paciente. Puede centrarse en un aspecto general, considerando al individuo como un todo. El objetivo es identificar las capacidades individuales, tantos fisiológicos y psicológicos. En contrario como el medico que lo orienta hacia la enfermedad.

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

Inspección

Se inicia el primer encuentro del paciente.

Es una observación organizada de la conducta y cuerpo del paciente.

Palpación

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

³ Ibidem, BALSEIRO, Pag. 113

Se lleva cabo de una forma organizada de una región a otra, mediante esta técnica es posible valorar la dureza, textura, inflamación y movilidad de los órganos.

Percusión

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

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

Auscultación

Es el método que se utiliza un estetoscopio para aumentar la audición. Escuchar los sonidos interiores del cuerpo⁴.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

En esta fase, las enfermeras utilizan habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de valoración e identificar los factores relacionados, los problemas del paciente. Para generar un enunciado del estado de salud del paciente⁵.

⁴ BRUNNER, D. Suddart "Manual de enfermería Medico Quirúrgica" Ed. Interamericana Pag 11

⁵ KOZIER Bárbara, "Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica" Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. Pag 116.

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y/o la comunidad problema de salud, procesos vitales, reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consigna los resultados de los que es responsable la enfermera⁶.

PLANEACIÓN

En esta fase la enfermera desarrolla un plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo o mejorando las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos de enfermería; analizan los puntos, fuertes y débiles del paciente y su familia, el personal de enfermería, las instalaciones del cuidado de la salud y los recursos disponibles (incluidos otros profesionales de la salud); también examinan los puntos fuertes, creencias y valores personales que podrían influir en la fase de planeación de la atención.

El plan de atención de enfermería resultante está diseñado para ayudar a los pacientes y sus familiares en los siguientes aspectos.

Mantener un nivel actual de salud y funcionamientos si se identifica que están en riesgo de presentar problema.

Evitar lesiones o enfermedad.

Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.

Mejorar en nivel de salud y funcionamiento:

⁶ CARPENITO, Linda "Diagnostico de enfermería" Ed. Interamericana, Pag 18

Hay 3 pasos en la fase de planeación.

1. Establecimiento de prioridades.
2. Determinación de objetivos con el paciente.
3. Y planeación de intervenciones de enfermería.

1. Establecimiento de prioridades.

La enfermera determina cuales de los problemas que identifico durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuales pueden ser tratados en un momento posterior⁷.

2. Determinación de objetivos en el paciente.

(Establecimiento de objetivo)

Lo que la enfermera logra con el paciente y que está encaminado a prevenir, remediar o aminorar el problema identificado en el diagnostico de enfermería.

4. Planeación de las intervenciones de enfermería.

Son actividades que la enfermera planea y realiza para ayudar al paciente en la consecución de los objetivos identificados a fin de reducir o eliminar

⁷ Ibidem, CARPENITO, Pág. 19

los problemas diagnosticados. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos; acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería⁸.

EJECUCIÓN

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería en realizar, delegar y registrar⁹.

La fase de realización o ejecución consiste en varias actividades: validación y escritura del plan, suministro y documentación de la atención, y continuación de la colecta de datos¹⁰.

- **Validación del plan de atención.**

Este paso no debe ser necesariamente una prolongada consulta programada, sino más bien ha de tomar un tiempo muy breve en el cual las enfermeras buscan la opinión de otros colegas.

- **Documentación del plan atención de enfermería.**

La enfermera tiene un plan que individualizará la atención prolongada a un paciente. Está lista para suministrar la atención según lo planeado. En

⁸ MURRAY, Mary Ellen Op cit.; PP. 59-77

⁹ KOZIER, Bárbara Op cit.; Pag 162

¹⁰ MURRAY, Mary Ellen Op cit.; PP. 105-115

cada caso la enfermera puede ser incapaz de realizar el plan de atención sin hacer algunas modificaciones.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermera. Esta es directamente responsable del mismo y forma parte de sus funciones autónomas.

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada, se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria, proporciona normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados¹¹.

- **Continuación de la colecta de datos.**

Durante todo el proceso de realización la enfermera continúa colectando datos. A medida que la condición del paciente cambia, la base de datos también lo hace, de manera que resulta necesario revisar y actualizar el plan de atención.

¹¹ Phaneuf, Margot Ph, La planificación de los cuidados de enfermeros, Edit. Interamericana, PP, 202-203

EVALUACIÓN

Es la fase final, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. ¿Se proporcionaron con efectividad los cuidados? si fue así; ¿Por qué? si no, ¿porqué no? ¿Cómo podrían mejorarse los cuidados? La evolución del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados, la evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos, y cuales requieren revaloración y replaneación¹².

¹² ATKINSON, Leslie, "Proceso de Atención de Enfermería" Ed. Manual Moderno, Pag 3

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

Según Henderson, la función específica del personal de enfermería consiste en ayudar a las personas, enfermas o sanas, a realizar actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a su dulce muerte), actividades que los pacientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran las fuerzas, el deseo o el conocimiento necesario¹³.

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. (ANA, "Nursing A Social Policy Statement". 1980).

Proceso de enfermería.

Es un proceso analítico que debe ser utilizado por aquellos que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver un problema. El propósito del proceso de enfermería radica en identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar los resultados en el paciente¹⁴.

¹³ FERNANDEZ Ferrin, Gloria Novel Marti. "Procesos atención de enfermería" Ed. Salvat. Pag. 1-10

¹⁴ Ibidem.; Pag. 26

Características del proceso de enfermería

El proceso de enfermería proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos , prácticos y para prestar sus servicios a los seres humanos así como ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades sanitarias (Wilkison 1992, Pág. 4-5). El proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permitan responder a los cambios que sufre el estado de salud del paciente. Así el proceso de enfermería es cíclico y dinámico más que estático, es interpersonal y de colaboración.

Otra característica es universalidad. Se puede aplicar a pacientes de cualquier edad y en cualquier momento de continuo salud-enfermedad¹⁵

1.2 PUERPERIO FISIOLÓGICO

Concepto: Es una época de ajuste desde un enfoque físico y psicológico inicia al termino del alumbramiento y continua seis semanas o hasta que el cuerpo a recuperado las condiciones anatomofuncionales del aparato genital.

La terminación de este período la determina el primer ciclo menstrual posnacimiento, sin embargo, por efecto de la lactancia u otras circunstancias.

¹⁵KOSSIER Bárbara. Op cit.; Pag. 93

Clasificación del puerperio fisiológico.

- **Puerperio inmediato:** Inicia al término del alumbramiento y dura las primeras 24 horas. El sangrado en esta etapa no debe excederse de 500 mililitros, el útero debe estar firmemente contraído y llegar su fondo uterino a nivel de la cicatriz umbilical, frecuentemente desviado a la derecha puede moverse con facilidad sin despertar mayores incomodidades a la paciente; los signos vitales son estables si no ha habido una complicación que suponga atonía uterina como consecuencia de fatiga o sobre distensión de las fibras musculares del útero y sus loquios son hemáticos¹⁶.

En el periodo posparto inmediato. El útero continúa con fases de contracción y relajación alternas, hasta que alcanzan un estado de contracción fija, permanente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad de pinard.

- **Puerperio mediato:** A partir del segundo día hasta los ocho días; el sangrado genital progresivamente ha ido disminuyendo en volumen si en los tres primeros días eran francamente hemáticos por dos o tres días más serán cero hemáticos. El útero ha disminuido de volumen progresivamente, aunque ocasionalmente al tercer día aun puede palparse el fondo del útero a nivel de la cicatriz umbilical. Al final de esta etapa el útero tendrá su fondo a la mitad del trayecto entre el pubis y el ombligo su movilización será indolora. En caso contraído debe sospecharse que este infectado o contenga restos placentarios.

¹⁶ William Shecider, Parto y nacimiento, Ed. Interamericana, PP. 205-208

Entre el tercero y el quinto día aparece la secreción láctea, primero como líquido ceroso y luego de color amarillo oscuro.

- **Puerperio tardío:** Su duración se extiende de seis a ocho semanas. El sangrado genital puede presentarse muy ocasionalmente debiendo ser en menor volumen; frecuentemente la secreción sea cerosa y en muchos pacientes habrá una escasa leucorrea.

Características físicas y psicológicas del puerperio.

- Los cambios generales están en relación previo con el peso corporal, se pierde en forma muy rápida debido que el útero se a quedado vacío y por la perdida de líquidos, aproximadamente es de 8 a 10 kilos.
- Los signos vitales: se manifiestan por la elevación de la temperatura en el primer día puede haber aumentado desde 1 a 2 .5 Cg. Por la reabsorción de pirógenos durante el trabajo de parto, aumento en la frecuencia del pulso, la presión arterial en el puerperio inmediato no sufre cambios¹⁷.
- El aparato urinario incrementa la eliminación de orina de 1500 a 2000 mililitros.

¹⁷ Cunningham F. G. McDonald, Williams Obstreticia, Ed. Mason S.A. PP, 150-155

- En el sistema endocrino hay disminución rápida de los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina. Hay aumento en la prolactina.
- El útero del posparto inmediato pesa aproximadamente 1.000g. Como consecuencia de la involución, una semana o siete días más tarde pesa unos 500g, para disminuir hacia el final de la segunda semana o catorce días cerca de 300g. y a los treinta días después a 100g o menos. El fondo del útero contraído está levemente por debajo del ombligo.

El útero posparto generalmente tiene una longitud de 19 cms. una anchura de 12 cms. un peso aproximado de 1 kg. Tiene una consistencia de músculo contraído, con periodos de relajación y contracción con su fondo situado a la altura y a la derecha de la cicatriz umbilical, pues el cuerpo uterino no se puede equilibrar sobre los cuerpos vertebrales. La cavidad uterina es prácticamente virtual, pues las paredes del útero están adosadas una contra otra y en la cara interna uterina se puede apreciar la zona de inserción placentaria alrededor de 8 a 10 cms. de diámetro. La cantidad de sangre que mana de estos vasos depende, sobre todo de la contracción uterina, entre mas contraído este el útero menos sangre dejara escapar, entre mas prolongado sea el tiempo de relajación uterina mayor será la cantidad de sangre que pierda la mujer¹⁸.

La reducción en el tamaño del útero esta se puede apreciar por la identificación de la altura del fondo uterino, que disminuirá a razón de 2 cms. por día, lográndose la reducción total en aproximadamente 6 a 8 semanas.

¹⁸ Ibidem, Cunningham, PP, 150-155

- Anatómicamente el cuello uterino recupera su forma con rapidez del término que aparece el segmento; su orificio interno se cierra al 3er o 4to día.
- La vagina y el perineo recuperan sus dimensiones y su tono normal a los pocos días, aunque por supuesto la vagina no va a recuperar íntegramente ni su forma, ni su consistencia, ni sus dimensiones después de haber sido circulada por un feto y se queda con algunas características diferenciales, en relación con la vagina de la paciente nulípara.
- Durante los primeros 25 días del puerperio tienen lugar la cicatrización espontánea del endometrio decimos espontáneos por que es inmediatamente de los estímulos hormonales.
- De los 40 a los 45 días del posparto (en caso de que no haya lactancia) reaparece la primera menstruación que descama el endometrio no secretor. En caso de que la puérpera lacte, el endometrio toma el aspecto de un endometrio reposado no sometido a estímulos hormonales o sometidos a estímulos insuficientes¹⁹.
- Loquios; gradualmente cambian de color rojo rutilante los primeros días, después de 3 a 4 días de color sanguinolentos, alrededor de los 10 días es de color blanco.
- En la gestación los tejidos glandulares y ductales de las mamas son estimulados por las altas concentraciones de estrógenos, progesteronas, lactógenos placentarios, prolactina, cortisol e insulina y se sostiene

¹⁹ Ibidem, Cunningham, PP, 155-156

después del parto solo si la madre amamanta a su hijo y aparece la secreción calostro.

- La depresión transitoria, o melancolía posparto, probablemente se debe a una cantidad de factores.

1. Labilidad emocional, que sigue a la excitación y los miedos que la mayoría de las mujeres experimentan durante el embarazo y el parto.

2. malestares del puerperio.

3. fatiga originada por la pérdida de sueño durante el trabajo de parto y el posparto.

4. Ansiedad sobre sus posibilidades de atender a su recién nacido después de dejar el hospital.

5. Miedos que tiene la madre de volverse menos atractiva²⁰.

²⁰ Williams "Obstetricia y Ginecología", Salvat Editores, Pag 201-284

Complicaciones durante el puerperio.

Puerperio inmediato.

Prevalecen las complicaciones hemorrágicas por:

- Desgarro: De las partes blandas: vulva, episiotomía, vagina, cuello uterino, útero²¹.
- Hematomas: en las mismas estructuras.
- Falta de retracción uterina: características del útero, retracción, consistencia, tipo de sangrado.

Puerperio mediato.

Transcurre desde el egreso institucional, hasta la consulta al médico obstetra que corresponde a los diez días en esta etapa el aparato genital comienza a presentar las características previas al parto.

- Infecciones.
- Dehiscencia de episiotomía.
- Alteraciones en la lactancia.

²¹ Cervantes Medez Francisco, Ginecología y Obstetricia, Ed. S.A. de C.V. PP. 402-404

MANEJO TERAPÉUTICO EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO (EN ALGUNAS OCASIONES).

AMPICILINA: Es un antibiótico que se indica para el tratamiento de diversas infecciones²².

La ampicilina se excreta en grandes cantidades por la orina y dicha eliminación puede retardarse por la administración.

Dosis y vía de administración: 500mg.cada 6-8 horas, vía oral.

TYLEX 750 mg: El efecto analgésico del paracetamol se logra en base a la elevación del umbral al dolor en las neuronas periféricas del organismo.

Se absorbe rápido y casi totalmente gastrointestinal.

Dosis y vía de administración: 750mg.cada 6-8 horas, vía oral dependiendo de la severidad del dolor y de la respuesta del paciente²³.

PARLODEL (Bromocriptina): Esta indicado para el tratamiento de disfunciones asociadas con hiperprolactinemia, padecimientos dependientes de la prolactina como son: congestión mamaria puerperal²⁴.

Es un factor inhibidor de prolactina. Reduce significativamente los niveles plasmáticos de prolactina en pacientes con prolactina elevada fisiológicamente.

²² Sagarra, Jordi, Diccionario de Medicina Mosby, Ed. Océano, Pág. 20

²³ Ibidem, Sagarra, Pág., 680

²⁴ Ibidem, Sagarra, Pág., 701

La mayor vía de secreción de medicamento absorbido es la biliar.

Dosis y vía de administración: varía de 20-100mg/día.

METAMUCIL: Está indicado en el manejo de la constipación crónica, en el síndrome de colon irritable especialmente en pacientes de bajo régimen dietético²⁵.

Es un regulador intestinal que incrementa la formación de bolo. Que al hidratarse forma un gel o mucílago el cual al ser ingerido forma una masa blanda, que favorece la evacuación normal.

Dosis y vía de administración: 1 cucharada vía oral en 240 mililitros de agua hasta 3 veces al día.

ERGONOVINA: Está indicado para el tratamiento de la atonía postparto, evita hemorragias puerperales e involución uterina.

La ergonovina se absorbe en forma rápida y casi completamente después de ser ingerida y alcanza concentraciones máximas en plasma, La acción de la ergonovina se prolonga más que la ocitocina y puede durar de 3 a 6 horas, produce vasoconstricción principalmente venosa²⁶.

Su eliminación: es hepática.

Dosis y vía de administración: intravenosa, intramuscular, 0.2mg. puede repetirse la dosis en caso necesario en 2-4 horas.

²⁵ www.anestesia.com.mx/ee.htm/#, Pág. 1

²⁶ Sagarra, Jordi, Op cit.; Pág., 200

1.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Definición

Las intervenciones de enfermería son estrategias específicas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los resultados. Se basa en los factores relacionados e identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería. Por tanto, las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas²⁷.

Desarrollo de intervenciones de enfermería

Una vez establecidos los diagnósticos de enfermería y los resultados se decide como lograr los resultados y como fomentar, mantener o restablecer la salud del paciente.

Clasificación de las intervenciones

- Intervenciones dependientes: Estas se refieren a la ejecución de las órdenes médicas. Indican como debe ejecutarse la prescripción médica.

²⁷Alfaro Rosa linda Aplicación del Proceso Atención Enfermería. Ed. Doyma, PP. 35, 50.

- Intervenciones interdependientes: Describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud. Las intervenciones pueden implicar la colaboración con asistentes sociales, especialistas en dietética, terapeutas, ayudantes de laboratorio y médicos.

- Intervenciones independientes: Son aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica. El tipo de actividades que pueden prescribir las enfermeras de forma independientes se definen como diagnóstico de enfermería. Se trata de las respuestas que las enfermeras están autorizadas a tratar en virtud de su formación y experiencia²⁸.

Características de las intervenciones

1. Ser consecuente con el plan de cuidado.
2. Basarse en principios científicos.
3. individualizarse a la situación en concreto.
4. Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
5. Incluir la utilización de los recursos a apropiados.

Consecuencia

Las intervenciones de enfermería no deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud. Es

²⁸Ibidem Alfaro Rosa linda Pág. 50 75.

importante que los miembros de las distintas disciplinas comenten sus objetivos y definan los métodos para alcanzar dichos objetivos. Cualquier diferencia de opiniones tendrá que resolverse para fomentar la consistencia en los cuidados.

Base científica

Es la utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería. Cada intervención de enfermería deberá apoyarse en unos principios científicos.

Individualización.

Un propósito de las intervenciones de enfermería es comunicar de que modo los cuidados de un paciente difieren de los otros con un diagnóstico médico o de enfermería similar. Al desarrollo de las intervenciones, la enfermera escoge enfoque que se encargaran de las necesidades físicas y emocionales específicas de ese paciente. Directrices que deberán usarse en el desarrollo de intervenciones de enfermería individualizadas²⁹.

- Centrarse en el / los factor(es) relacionado(s) el diagnóstico de enfermería.
- Incluir la opinión del paciente y de la familia a la hora de escoger alternativas.
- Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del paciente y de la familia.
- Tener la urgencia y la gravedad de la situación.

²⁹ Ibidem Alfaro. Rosa linda Pág. 50 75.

Provisión de un ambiente seguro y terapéutico

La cuarta característica que hay que tener en cuenta es la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente. Un ambiente seguro es donde se cubren las necesidades fisiológicas del paciente y se le protege de posibles lesiones.

Un ambiente terapéutico utiliza relaciones interpersonales eficaces para ayudar al paciente a resolver la respuesta humana alterada.

Oportunidades de enseñar-aprender.

El proceso de enseñanza-aprendizaje para el paciente consiste en la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, técnicas y unos cambios de comportamiento relacionados.

Utilidad de los recursos apropiados.

Es la incorporación de recursos apropiados. La enfermera debe tener en cuenta si la intervención de enfermería es realista para la satisfacción del paciente. La intervención deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos³⁰.

³⁰ Ibidem Alfaro Rosa linda Pág. 50 75.

1.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO.

- Toma y registro de signos vitales, la toma frecuente de signos vitales tienen una gran importancia para el diagnóstico de ciertas enfermedades y su modificación se utiliza para evaluar la evolución del paciente.
- Vigilar sangrado transvaginal; cantidad, color y olor es importante la vigilancia estrecha, por que el útero se sigue contrayendo y los espacios de relajación se prolongan, puede presentar metrorragia procedente de los gruesos vasos uterinos que quedan abiertos, además el útero esta muy vascularizado por el embarazo³¹.
- Verificar involución uterina, en el periodo pos parto inmediato, el útero continúa con fases de contracción y relajación alternas, hasta que alcanzan un estado de contracción fija, permanente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad de pinard.

La reducción en el tamaño del útero, esta se puede apreciar por la identificación de la altura del fondo uterino que disminuirá a razón de 2 cms. por día, lográndose la reducción total en aproximadamente 6 a 8 semanas³².

³¹ Kozier, Bárbara. Enfermería fundamental, conceptos, progresos y practicas, Ed. Interamericana, PP. 40-42

³² Cervantes Medez, opcit.; Ed. S.A. de C.V. Pág. 500

- Cuidados a la episorrafia, Se debe lavar la zona con bastante agua y jabón de lo anterior a lo posterior, evitando el transporte de materia fecal hacia la herida o los genitales, es preferible lavarse después de orinar o evacuar y no limpiarse con papel.

Los puntos caen solos y la episorrafia cicatriza sola.

- Explorar las mamas a fin de determinar la lactancia materna exclusiva, los picos de secreción de prolactina van disminuyendo con los días. A los 60 días del parto son prácticamente nulos y la lactopoyesis se mantiene únicamente por los estímulos mecánicos. El reflejo de eyección puede ponerse en marcha por la simple contemplación del recién nacido o por estímulos sobre la zona cutánea correspondiente a los nervios Intercostales.

- Evaluación de las extremidades inferiores para determinar la aparición de edema. También es importante tener en cuenta la aparición del dolor en algún miembro inferior: puede estar en relación con un proceso tromboembólico. Es importante enseñar medidas preventivas para que dicho proceso no ocurra; fundamentalmente la de ambulación precoz, el uso de medios de compresión o incluso profilaxis farmacológicas, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo³³.

- Administración de medicamentos prescrito, la profilaxis farmacológica esta indicada especialmente en aquellas pacientes con factores de riesgo.

³³ www.saludsantander.gov.co/port_hosp/mellega_porf.doc, Pág. 2

- Vigilar el inicio de la micción a fin de detectar alteraciones, en caso que resultan dificultosa recurrir al sondeo vesical.
- La evacuación intestinal si en el plazo de 72 horas no se presenta sugerir a la paciente el uso de laxantes o enemas.
- La higiene debe ser completa aconsejando el baño diario. Así mismo deberán realizarse los cuidados antisépticos de la episiorrafia. Haciendo énfasis en el aseo vulvar de lo anterior a la posterior.
- En cuanto a la vestimenta debe usarse ropa amplia, cómoda y de algodón, que evite el roce y la compresión de la zona donde se encuentra la cicatriz. Se aconseja el uso de un sujetador con buena compresión mamaria que evita la distensión excesiva y las incomodidades propias del aumento de peso de ellas. Asimismo recomendar una faja tubular hasta que se recupere la musculatura de la pared abdominal³⁴.
- El calzado deberá ser cómodo evitándose el tacón alto.
- Las pacientes que realizan gimnasia puede hacerla perfectamente iniciándose tan pronto como la mujer se encuentre en condiciones físicas para poder realizarla. En el caso de cesáreas se demorará hasta unas cuatro semanas después de la cesárea.

³⁴ www.saludsantander.gov.co/port_hosp/mellega_porf.doc, Pág. 4

- Los ejercicios deben ir encaminados a reforzar los grupos musculares más afectados refiriéndonos a las zonas pectorales, espalda, periné y abdomen.

La realización de los ejercicios de kegel, consisten en contraer los músculos que controlan el flujo de orina, simplemente deben contraerlos y relajarlos diez veces seguidas y luego descansar repetir varias veces al día, con la finalidad de ayudar a reafirmar los músculos.

- En cuanto al reinicio de la actividad sexual, en lo que hace referencia al coito, es recomendable evitarlo durante las 4 – 6 semanas que dura el puerperio, aunque no existe un periodo específicamente definido³⁵.

Enseñar a la paciente signos de alarma como: presencia de hipertermia y sangrado transvaginal fétido, es importante que la paciente misma vigile el tipo de sangrado, las características de las contracciones uterinas y el estado de su episorrafia, si encuentra alguna alteración o algo que le cree inquietud, consulte a su enfermera o medico.

Observe diariamente el periné para identificar signos de cicatrización adecuada de su episorrafia.

³⁵ Alcázar Zambrano Juan Luis “Especialista en Ginecología y Obstetricia” consulto: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Univ. de Navarra. Pag. 1-5

- Consejería en planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicio y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos y anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas a cerca de su vida sexual y reproductiva, si como para efectuar la selección del método mas adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. La Conserjería debe tomar en cuenta en todo momento que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta.

- Brindar cuidados mediatos al recién nacido, conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o morir. La mayoría de las complicaciones del periodo neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del periodo neonatal³⁶.

³⁶ Doris C. Bethea. Enfermería MaternoInfantil. Ed. Interamericana, Pág. 200

1.5 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Diagnóstico real

Describe respuestas humanas a procesos vitales/estado de salud que existe en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas)

- Diagnóstico enfermero de riesgo

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyada por factores de riesgos que contribuyan al aumento de la vulnerabilidad.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo la enfermera utiliza el siguiente formato

Diagnóstico de enfermería = problema + factores de riesgo de alto riesgo.

cuando hace un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la enfermera es incapaz de enumerar los signos y síntomas porque el problema aun no se ha desarrollado; y de hecho, ella intenta intervenir de modo que el problema no ocurra.

- Diagnóstico enfermero de salud

Describe respuestas humanas a niveles de salud de un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar³⁷

³⁷ ATKINSON, Murray Mary Ellen , Op cit.; p

CAPITULO II VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

Historia Clínica de Enfermería

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Gloria Martínez de los Santos.
Edad: 28 años.
Sexo: Femenino.
Nacionalidad: Mexicana.

Domicilio: Tecpan de Galeana.
Escolaridad: Nivel Preparatoria.
Ocupación: Ama de casa.
Religión: Católica.
Familia responsable: Mamá

Lugar de origen: Quetiltlan Guerrero.
Fecha de nacimiento: 05 – febrero – 1974.
Estado Civil: Unión Libre.

Ingresó paciente con diagnóstico de puerperio fisiológico inmediato al servicio de alojamiento conjunto a las 15 PM. Obteniendo producto único vivo de sexo masculino, con un peso de 975gr. sin automatismo al cual se le realizan maniobras de reanimación neonatal posteriormente es trasladado al área de neonatología donde se da por fallecido a las 18 hrs.

2.- PERFIL DEL PACIENTE.

AMBIENTE FÍSICO

Características físicas (ventilación, iluminación

etc.) _____

Propia Rentada SI Prestada No De habitaciones: 4__

Tipo de construcción: Material de concreto. Animales domésticos:
Negado.

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua intra domiciliaría SI Hidrante público Otros

* ELIMINACIÓN DE DESECHOS:

Control de basura: -
incineración_____

Drenaje: SI Fosa séptica NO

Letrina NO

OTROS: _____

VIAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación NO Colectivos NO Teléfono NO

Carreteras SI Metro NO Camiones SI

Taxi NO Carro particular NO

RECURSOS SOBRE LA SALUD:

Centro de salud SI IMSS NO ISSSTE NO

Consultorio particular NO Otros

HÁBITOS HIGIÉNICO – DIETÉTICOS:

ASEO.

Baño: (tipo y frecuencia): Baño diario.

De manos: (Frecuencia): Dos veces al día.

Bucal: (Frecuencia): Dos veces al día.

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia): Una al día.

ALIMENTACIÓN.

Carne: 3 x 7

Huevos: 4 x 7

Verduras: 2 x 7

Leche: 2 x 7

Frutas: 1 x 7

Tortillas: 7 x 7

Leguminosas: 0 x 7

Pan: 5 x 7

Pastas: 2 x 7

Agua: 1 lts X día o vaso al

día: Dos vasos.

ELIMINACIÓN:

Horario y característica:

Intestinal: Una al medio día.

Vesical: Cuatro a seis veces, color amarillo concentrado.

DESCANSO:

(Tipo y frecuencia) Negado

Sueño (Horario y característica) de las 22 a las 7:00 AM.

Diversión y/o deportes. ninguno

Trabajo y/o estudio: ninguno

OTROS:- Ama de casa.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
Hija	8 años	Escolar	
Hijo	4 años	Preescolar	
esposo	24 años	Empleado	\$ 1200. 00 quincenal

DINÁMICA FAMILIAR: desapego por parte de su pareja

DINÁMICA SOCIAL: no frecuenta lugares recreativos.

COMPORTAMIENTO:

Agresivo NO Tranquilo NO Indiferente SI Alegre NO
Cooperador SI

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Grupo y Rh: A positivo

Tabaquismo: NO

Alcoholismo; Ocasional

Fármaco dependencia: NO

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Diabetes. NO

Epilepsia. NO

HTA. NO

Cardiopatía. NO

Neuropatía. NO

Enf. Infecto-contagiosas. NO

Toxoplasmosis. NO

Antecedentes quirúrgicos. SI

Tipo: Apendicetomía hace 3 años _____

Antecedentes transfusionales. SI

Antecedentes traumáticos. NO

Otros: _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Sífilis. NO

S. I. D. A. NO

Malformaciones congénitas. NO

Consanguinidad. NO

Retraso mental. NO

Trastornos psiquiátricos. NO

Diabetes. SI

Neoplasias. NO

Cardiopatía. NO

Neuropatía. NO

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIO-RESPIRATORIO.

Palpitaciones Lipotimias Disnea Tos

Acufenos Dolor torácico edema Disfonías

Fosféos Ruidos cardiacos Cianosis
Expectoración

Observaciones: Negados todos _____

DIGESTIVO

Apetito normal. NO Vomito NO Meteorismo NO

Diarrea NO Hematemesis NO

Disminución de apetito SI Nauseas NO Distensión NO

Pirosis NO Dolor abdominal: SI Ruidos peristálticos: SI

Melena NO Prurito anal NO Disfagia NO

Regurgitaciones NO Constipación NO Pujo y tenesmo NO

Observaciones: _____

GENITOURINARIO.

Dolor NO Piuria NO Dismenorrea NO

Disuria NO Poliuria NO Prurito NO

Tenesmo NO Disuria NO Leucorrea NO

Características

Hematuria NO Escorrimento uretral NO

Glándulas Mamarías: Salida de calostro

Patología mamaria: SI

Tipo: congestión mamaria

Observaciones: mamas aumentada en volumen con ligero dolor a la palpación.

NERVIOSO

Cefalea NO Aislamiento SI Inconciencia NO

Miosis NO Temblores NO Insomnio NO

Anisocoria NO Babinski NO

Depresión SI Falta de memoria NO

Midriasis NO Ansiedad NO

Observaciones: Manifiesta la paciente sentir miedo y tristeza por no conocer el estado de salud del neonato.

MUSCULO ESQUELETICO

Deformidades: óseas, articulares. y musculares

Crepitación NO Aumento de peso NO

Hipertriosis NO Hipertiroidismo NO

Mialgias NO Polidipsia NO

Sudoración NO Hipotiroidismo NO

Artralgias NO Polifagia NO Diabetes SI

Varices NO Pérdida de peso SI

Observaciones: Tío que padece diabetes_____

PIEL Y ANEXOS

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Pigmentación NO Heridas NO Otorrea NO Conjuntivitis NO

Dermatosis NO Edema NO Hipoacusia NO Epistaxis NO

Acné NO Turgencia NO Dolor NO Riñera NO

Alergia NO Prurito NO Trastorno del olfato NO

Observaciones: Debilidad muscular, mucosas semihidratadas.

Comprensión y/o comentario de su problema o padecimiento

Debilidad a la deambulaci3n

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca: 13 a1os

Telarca: _____ a1os

Pubarca: _____ a1os

Ciclos: 30 d1as

Duraci3n: 3 x 3

Dismenorreica: NO

Incapacitante. NO

M3todo de control prenatal: SI

Tipo: Orales (no recuerda)

FUM: 03 – 08 - 03.

Periodo de utilizaci3n: del 1995 al 1999

FPP: 10 – 5 – 04.

SDG: 31

Papanicolaou SI

Fecha: Abril – 2002 Resultados: proceso inflamatorio, m1s infecci3n, desconoce de que tipo.

Gestas: 3 Paras: 3 Abortos: 0 Cesárea: 0

Periodo intergénésico: 4 años

Vigilancia prenatal: SI

No De compañeros sexuales: 2.

Circuncidados: NO

No de gestas	Fecha	Parto	Fórceps causas	Cesáreas	LUI	Peso del producto Observaciones
1	1995	Eutócico				No recuerda
2	1999	Eutócico				No recuerda
3	10 -- 03- 04	Eutócico				975 g pretérmino

Evolución del embarazo

Complicaciones

Embarazos previos NO

Embarazos ectópicos NO

Embarazos molares NO

Preeclampsia	NO
Parto prematuro	SI
Malformaciones del Producto	NO
Muerte neonatal	SI
Óbito	NO
Infecciones de vías Urinaria	SI
Infecciones generales	NO

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso antes del embarazo: no recuerda

Peso actual 46 Kg. Peso ideal

Sobre peso de: Kg.

Estatura: 1.50 cm.

Pulso: 75 por minuto

Tensión Arterial: 110/70.

Temperatura: 36c

Respiración: 22 por minuto

Inspección.

ASPECTO FISICO Paciente orientada en sus tres esferas neurológicas con ligera palidez de piel y tegumentos, mucosas semihidratadas.

PALPACIÓN: Se encuentran mamas aumentadas de tamaño, congestionadas, con salida de calostro en mínima cantidad.

Útero globoso desviado a la derecha a nivel de la cicatriz umbilical y sangrado transvaginal hemático escaso.

PERCUSIÓN ABDOMINAL No se determina presencia de aire.

AUSCULTACION: Campos pulmonares bien ventilados ruidos cardiacos de buen tono en ritmo e intensidad, peristalsis presente.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico y rehabilitación: En la aportación de información, cooperación en las medidas asistenciales.

Problema o padecimiento actual

Síntomas:

Dolor,

Signos:

Sangrado escaso, palidez generalizada, inquietud, ansiedad, fatiga, y bajo peso.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1. Dolor contráctil del músculo uterino relacionado con la involución uterina
Que se manifiesta por fascies de angustia, quejido e inquietud.
2. Ansiedad relacionada con la falta de información del estado de salud del recién nacido pretermino que se manifiesta con expresión de preocupación, nerviosismo e incertidumbre.
3. Disminución de la capacidad física habitual relacionada con el ayuno, vigilia prolongada, pérdidas transvaginales y aumento del ejercicio físico que se manifiesta por fatiga y somnolencia.
4. Expresión de sentimientos de soledad relacionado con la ausencia de la pareja que se manifiesta con un estado alterado de bienestar y tristeza.
5. Congestión de mamas relacionado con el puerperio fisiológico, falta de succión y extracción manual de leche que se manifiesta con dolor a la palpación y endurecimiento.
6. Desequilibrio nutricional relacionado por la ingesta insuficiente de alimentos que se manifiesta por palidez de conjuntivas, mucosas y pérdida de peso corporal.

7. Déficit de actividades recreativas relacionado con factores ambientales, económicos y entorno de provisto, manifestado por aburrimiento y desinterés por la diversión.

8. Riesgo de embarazo posterior al puerperio fisiológico que se relaciona con la edad fértil.

CAPITULO III PLAN ATENCION DE ENFERMERIA

OBJETIVO GENERAL

- Brindar cuidados específicos de enfermería a paciente de puerperio fisiológico inmediato.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dolor contráctil del músculo uterino relacionado con la involución uterina que se manifiesta por fascies de angustia, quejido e inquietud.

OBJETIVO

Disminuir el dolor en los primeros 30 minutos y proporcionar un nivel de confort.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- 1) Explicar a la paciente lo que es la involución uterina.

FUNDAMENTO TEÓRICO.

El conocimiento y comprensión del comportamiento humano ayuda a disminuir la ansiedad o temor³⁸.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

2) Verificación de la involución uterina y características de loquios.

FUNDAMENTO TEÓRICO.

Ayuda a identificar oportunamente posibles complicaciones e hipersensibilidad a la palpación uterina³⁹.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

3) Cambio de posición.

Colocar a la paciente en posición cómoda.

FUNDAMENTO TEÓRICO.

Favorecer la relajación muscular.

La reacción del paciente al malestar físico aumenta la tensión muscular.

³⁸ Murray – Atkinson, Pág. 87

³⁹ Kozier, Bárbara, opcit; Pág. 250

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- 4) Administración de analgésico (ketorolaco 10mg tabletas).

FUNDAMENTO TEÓRICO.

Las prostaglandinas son sustancias transmisoras del dolor y son secretadas por el hipotálamo.

El ketorolaco actúa sobre el hipotálamo inhibiendo la producción de prostaglandinas, también actúa sobre el músculo liso, relajando los músculos abdominales⁴⁰.

EVALUACIÓN

Disminuye el dolor a los 30 minutos posterior a la administración de analgésico, manifiesta la paciente "sentirse bien".

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Ansiedad relacionada por falta de información del estado de salud del recién nacido pretérmino que se manifiesta con expresión de preocupación, nerviosismo e incertidumbre.

⁴⁰ Sagarra, Jordi, opcit; Pág. 1200.

OBJETIVO

Estabilizar el estado emocional en el transcurso de las siguientes tres horas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

1. Ayudar a la paciente a exteriorizar sus temores.

FUNDAMENTO TEÓRICO

La expresión de sentimiento ayuda o disminuye la angustia y da una sensación de tranquilidad⁴¹.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

2. Enseñar técnicas de relajación.

FUNDAMENTO TEÓRICO

Aumenta la sensación de control del paciente sobre sus respuestas orgánicas ante el estrés.

⁴¹Kozier, Bárbara, opcit; Pág. 254

Adquirir habilidades de enfrentamiento al dolor, a crisis circunstanciales o de desarrollo y a situaciones nuevas o resolutivas⁴².

ACCIONES DE ENFERMERÍA

3. Solicitar al pediatra proporcione información sobre el estado de salud y condiciones del neonato.

FUNDAMENTO TEÓRICO

El conocimiento acerca del estado de salud del neonato proporciona seguridad y tranquilidad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

4. Fomentar el apoyo familiar.

FUNDAMENTO TEÓRICO

Reforzará vínculos interpersonales y sobre todo familiares.

⁴² Ibidem Murrúy – Atkinson, Pág. 194

ACCIONES DE ENFERMERÍA

5. Reincorporar a la paciente a la de ambulación y trasladarla al área de neonatología para la visualización y estimulación a través del tacto al neonato.

FUNDAMENTO TEÓRICO

El tacto y el acercamiento reducen la tensión, el temor, la inquietud y la ira, trasmite calor, espiritualidad y seguridad e infunde fortalezas y esperanza⁴³.

EVALUACIÓN

Después de la visualización y el contacto físico se logra estabilizar a la paciente, manifestando estar “tranquila y concientizada” de las condiciones del neonato.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Disminución de la capacidad física habitual relacionada con el ayuno, vigilia prolongada, pérdidas transvaginales y aumento del ejercicio físico que se manifiesta por fatiga y somnolencia.

⁴³Kozier, Bárbara, opcit; Pág. 260

OBJETIVO

Que la paciente incremente su capacidad física a un nivel óptimo y reincorporar a la paciente a su nivel habitual.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

1. Ofrecer abundantes líquidos y dieta rica en proteínas.

FUNDAMENTO TEÓRICO

Proporciona energía a los procesos corporales y a los movimientos.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

2. Proporcionar un ambiente tranquilo y silencioso evitando cualquier interrupción durante los periodos de sueño.

FUNDAMENTO TEÓRICO

El sueño reposado restaura la energía y permite al individuo recuperar su funcionamiento energético óptimo⁴⁴.

⁴⁴ Kozier, Bárbara, opcit; Pág. 150

Incrementa la sensibilidad en cuanto al conocimiento, selección, modificación o creación de actividades que impulsan el desarrollo psicofísico.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

3. Fomentar la deambulaci3n temprana.

FUNDAMENTO TE3RICO

Favorece la motilidad intestinal, muscular y recupera la circulaci3n de los miembros inferiores en relaci3n al edema.

Disminuye la incidencia de tromboflebitis y flebotrombosis, favorece la cicatrizaci3n de las heridas, la involuci3n uterina es m3s r3pida; la micci3n y la evacuaci3n son m3s precoces⁴⁵.

EVALUACI3N

Posteriormente al reposo en cama y a la ingesta de alimentos se encuentra paciente tranquila, relajada, manifiesta "reincorporarse a la independencia de sus actividades f3sicas".

⁴⁵ Grace V. Hornemann, M3todos Fundamentales de Enfermer3a, Ed. Troquel S. A. P3g. 1500

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Expresión de sentimientos de soledad relacionado con la ausencia de la pareja que se manifiesta con un estado alterado de bienestar y tristeza.

OBJETIVO

Lograr una estabilidad emocional y colaborar en el reconocimiento de sus fortalezas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

1. Contribuir a que la paciente exprese libremente sus sentimientos con respecto a la soledad.

FUNDAMENTO TEORICO

La expresión verbal de un problema, contribuye y disminuye los sentimientos de soledad, percibiendo una sensación de alivio⁴⁶.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

2. Establecer una relación enfermera-paciente.

FUNDAMENTO

Una relación que brinde apoyo, atención y estimule conductas para disminuir y controlar la soledad.

⁴⁶Murruay – Atkinson, Pág. 206

ACCIONES DE ENFERMERÍA

3. Ofrecer terapias de apoyo.

FUNDAMENTO

Que la paciente incremente las relaciones interpersonales (familia, amistades, equipo de salud). que conducen en la solución de problemas, toma de decisiones y translaboración de sentimientos⁴⁷.

EVALUACIÓN

Se logra estabilizar a la paciente "manifestando" sentirse alentada e iniciar a tener más interrelación familiar y social

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Congestión de mamas relacionado con el puerperio fisiológico y falta de succión o extracción de leche que se manifiesta con dolor a la palpación y endurecimiento.

OBJETIVO

Disminuir la congestión de mamas y restablecer la función normal de las mismas, previniendo posibles complicaciones.

⁴⁷ Grace V. Hornemann, opcit; Pág 1750

ACCIONES DE ENFERMERÍA

1. Proporcionar información sobre las técnicas de extracción manual de leche y sus ventajas.

FUNDAMENTO TEORICO

El proceso de comunicación y relación interpersonal influye en la participación efectiva del individuo y/o familia, proporcionando seguridad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

2. Solicitar a la paciente la devolución de conocimientos a través de la realización de la técnica.

FUNDAMENTO TEORICO

La devolución de los procedimientos garantiza de manera correcta la adquisición del conocimiento práctico.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

3. Colocación de compresas tibias.

FUNDAMENTO TEORICO

Ayudan a mitigar el dolor profundo, acelerando la circulación local y estimulando la contracción de los músculos, reduciendo la congestión local y el edema⁴⁸.

⁴⁸Grace V. Hornemann, opcit; Pág 1800

ACCIONES DE ENFERMERÍA

4. Vendaje compresivo de mamas.

FUNDAMENTO TEORICO

La compresión a nivel de los alvéolos del tejido glandular, tal efecto mecánico inhibe o bloquea la producción Láctea.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

5. Administrar inhibidor de la prolactina (Parlodel).

FUNDAMENTO TEORICO

Es un agente no hormonal, no estrogénico que inhibe la sensación de prolactina en humanos suprime la galactorrea completamente o casi completamente.

Es un factor inhibidor de la prolactina reduce significativamente los niveles plasmáticos de prolactina en pacientes con prolactina elevada fisiológicamente⁴⁹.

EVALUACIÓN

La paciente realiza la técnica de manera correcta, logrando un vaciamiento adecuado de leche y disminuye el dolor, manifiesta "sensación de bienestar".

⁴⁹ Sagarra, Opcit, Pág., 701

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Desequilibrio nutricional relacionado por la ingesta insuficiente de alimentos que se manifiesta por palidez de conjuntivas, mucosas y pérdida de peso corporal.

OBJETIVO

Fomentar la ingesta de alimentos de acuerdo a sus necesidades metabólicas y económicas, restableciendo su estado nutricional.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

1. Conocer hábitos nutricionales y causas de desnutrición.

FUNDAMENTO TEORICO

Las costumbres locales, religiosas, familiares y la situación económica influyen en la aceptación o rechazo hacia algunos alimentos.

La dieta inadecuada debido a pobreza, inaccesibilidad e ignorancia, factores socioculturales, preparación y sistema de comida, son factores predisponentes de desnutrición⁵⁰.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

2. Fomentar la educación nutricional.

⁵⁰ Murrúy – Atkinson, Opcit; PP. 166-167

FUNDAMENTO TEORICO

- La educación depende de la disponibilidad de alimentos y la utilización de las técnicas culinarias.
- La interacción del personal de enfermería, paciente o familiares es factor básico para determinar las formas en que deben satisfacerse o solucionarse las necesidades.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

3. Enseñar métodos alternativos de alimentación.

FUNDAMENTO TEORICO

Ayudar a suplir alimentos adecuados a su alcance.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

4. Durante la estancia hospitalaria se proporcionan abundantes líquidos y una alimentación equilibrada en calidad y cantidad.

FUNDAMENTO TEORICO

- La salud de la piel y mucosas depende en gran parte de una nutrición e ingestión de líquidos adecuados⁵¹.

⁵¹ Murrúy – Atkinson, Opcit; PP. 220 - 222

- Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

5. Enseñar al paciente métodos alternativos de alimentación de acuerdo a su consistencia, adicción, disminución o supresión de nutrimentos.

FUNDAMENTO TEORICO

- Ayudara a suplir alimentos adecuados a su alcance.
- La ingestión de alimentos básicos como leche y derivados, carnes, verduras, frutas y cereales en cantidad suficiente favorece una buena nutrición.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

6. Administración de suplemento alimenticio prescrito (fumarato ferroso tabletas).

FUNDAMENTO TEORICO

Es un complemento esencial para la síntesis de la hemoglobina⁵².

⁵² Sagarra, Opcit, Pág. 500

EVALUACIÓN

La paciente identifica modificaciones dietéticas necesarias, mejora su aspecto general al observarse que durante su estancia hospitalaria consume una dieta equilibrada.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de actividades recreativas relacionado con factores ambientales, económicas y entorno deprovisto manifestado por aburrimiento y desinterés por la diversión.

OBJETIVO

Que la paciente identifique sus fortalezas para realizar actividades recreativas y de diversión que le permitan mejorar su condición de salud.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

1. Fomentar el interés de la paciente por realizar actividades de entretenimiento.

FUNDAMENTO TEORICO

Conocer el grado de interés del paciente da la pauta a seguir para intervenir, solicitar ayuda y así poder elevar el autoestima⁵³.

⁵³ Grace V. Opci, Pág. 300

ACCIONES DE ENFERMERÍA

2. Facilitar a la paciente fuentes de información adecuadas sobre actividades de entretenimiento: bibliotecas, grupos de interés social y tiendas de artesanías.

FUNDAMENTO TEORICO

Mantenerse ocupado o entretenido elimina sentimientos e ideas negativas, favoreciendo la salud mental e incrementando el interés por continuar realizando otras actividades⁵⁴.

EVALUACIÓN

La paciente reconoce poder realizar manualidades domésticas, mostrándose optimista y segura de si misma.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de embarazo posterior al puerperio fisiológico que se relaciona con la edad fértil.

OBJETIVO

Que la paciente identifique riesgos reproductivos y acepte un método anticonceptivo y así mismo prevenir posible embarazo.

⁵⁴Grace V. Opcit, PP. 403 - 405

ACCIONES DE ENFERMERIA

1.- Ofertar como método anticonceptivo eficaz la obstrucción tubaria bilateral.

FUNDAMENTO TEORICO

Es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad de la mujer permanente.

Puede hacerse por medio de la mini laparotomía o laparoscopia cortar las trompas de Falopio se impide que el óvulo llegue al útero, a su vez que los espermatozoides lleguen a unirse con los óvulos y los fecunden⁵⁵.

Debido a que es una mujer con alto riesgo reproductivo por el número de gesta, de parejas sexuales y nivel socioeconómico bajo lo más recomendable es la cirugía.

ACCIONES DE ENFERMERIA

2.-Promover como segundo método de planificación el dispositivo intrauterino.

⁵⁵ Masters, William H. y Jonson, Virginia E. Educación Sexual, Ed.Interamericana, Pág. 89

FUNDAMENTO TEORICO

Los dispositivos intrauterinos liberadores de cobre interfieren con la habilidad de los espermatozoides para pasar por la cavidad uterina e interfieren con el proceso reproductivo antes de que los óvulos lleguen a la cavidad uterina. Los liberadores de progestina también espesan el moco cervical y cambian el revestimiento endometrial⁵⁶.

EVALUACION

Posterior a la información proporcionada la paciente decide planificar con el dispositivo intrauterino manifestando no desear embarazarse prematuramente y así prevenir complicaciones.

⁵⁶ Ibidem, Masters, William, PP 87 - 88

EVALUACION GENERAL

La evaluación se realiza en el servicio de alojamiento conjunto en un lapso de ocho horas.

Egresas paciente puérpera por mejoría a su domicilio con tratamiento vía oral, cita a la consulta externa en el centro de salud de su comunidad para el control y vigilancia del puerperio.

Mamas aumentadas en tamaño con salida de calostro en poca cantidad, involución uterina a nivel de la cicatriz umbilical y sangrado transvaginal en cantidad moderada.

Debido a que se le proporciono la información medico adecuada respecto al estado de salud del neonato y posterior a la defunción, manifiesta la paciente estar tranquila y concientizada de la situación.

Disminuye la ansiedad: expresándose de una forma tranquila de hablar y una expresión facial relajada; manifestando sus sentimientos sobre su situación emocional y física.

Egresas paciente con dispositivo intrauterino como método de planificación familiar, mejorando con esto su riesgo reproductivo.

FUNDAMENTO TEORICO

Los dispositivos intrauterinos liberadores de cobre interfieren con la habilidad de los espermatozoides para pasar por la cavidad uterina e interfieren con el proceso reproductivo antes de que los óvulos lleguen a la cavidad uterina. Los liberadores de progestina también espesan el moco cervical y cambian el revestimiento endometrial⁵⁶.

EVALUACION

Posterior a la información proporcionada la paciente decide planificar con el dispositivo intrauterino manifestando no desear embarazarse prematuramente y así prevenir complicaciones.

⁵⁶ Ibidem, Masters, William, PP 87 - 88

La paciente manifiesta sentirse satisfecha con la atención brindada por el equipo interdisciplinario, lográndose con esto los objetivos planteados.

No se realiza visita domiciliaria debido a que la paciente es foránea.

CONCLUSIONES

El papel de la enfermera es fundamental en el manejo y tratamiento de la paciente en el puerperio fisiológico, ya que de ello depende gran parte de la buena evolución.

El análisis de datos obtenidos del proceso atención de enfermería implica obtener información necesaria y oportuna para corregir el déficit en la asistencia de enfermería y así mejorar la calidad de atención y prevenir posibles complicaciones en las pacientes de puerperio.

Durante la realización del proceso atención de enfermería, observe algunas deficiencias en la asistencia de enfermería, ya que se tiene un déficit de conocimientos referentes al proceso en cuanto a su realización y aplicación.

El personal de salud debe orientar a la paciente y familia acerca del seguimiento continuo del puerperio fisiológico mediato y tardío y así prevenir posibles complicaciones.

SUGERENCIAS

Las enfermeras debemos utilizar el proceso atención enfermería de manera sistemática y estructurada en sus etapas y con bases en el método científico, adaptándolo a los continuos cambios de acuerdo al estado emocional de la persona.

Como profesionales de la salud tenemos el compromiso de actualizar permanentemente nuestros conocimientos que serán un hilo conductor importante en el ejercicio de nuestra profesión, donde además se muestran nuestros valores vinculados a la responsabilidad frente a los cuidados ofrecidos, debemos tener muy en cuenta que los cuidados de enfermería desempeñan un papel de primer orden.

Como pasante de enfermería tendré una herramienta para el futuro que me permitirá desarrollar habilidades intelectuales con pensamiento crítico, capacidad de resolver y plantear nuevos problemas, Para la toma de decisiones y fundamental en la planteación del cuidado.

Sugiero la implementación del proceso atención de enfermería en las instituciones de salud como instrumento de trabajo en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, Rosa Linda: Aplicación del proceso atención enfermería, Ed. Doyma Barcelona, España, 1989, PP. 350.
- Atkinson Leslie D. Proceso de atención de Enfermería, Ed. Manual Moderno México 1979, PP. 17.
- B. Kozzier, G ERB Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y práctica, Ed. McGraw Hill – Interamericana Sta. Edición Delegación Iztapalapa México, DF. PP. 848, Abril 2002.
- Balseiro Almario, Lastenia Investigación en Enfermería, Ed. Prado, S.A. de C.V. 2ª Ed, Col Doctores, México, DF. 1991, PP. 215.
- Bajo J. González de A. Vero R. Cambios Fisiológicos de la Mujer durante el puerperio (Fabre E. Ed.) SEGO. No Reproducciones Zaragoza, 1996, CAPIS, PP. 367-380.
- Carpenito Linda Diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana 2ª Ed. México D.F. 1998, PP. 465
- Cervantes Méndez Francisco Ginecología y Obstetricias, Ed. S.A. de C.V. 3ª Edición, PP. 1029.
- Cunningham F.G. Mcdonald. Williams obstetricia.4a Ed. Editorial masón S.A.1996. PP.500.
- Depto. Obstetricia y Ginecología Facultad de medicina – Universal PP.1-4.
- Doris c. bethea. Enfermería materno infantil. Traducción de Antonio Garst Thalheimer4a Ed, Editorial interamericana S.A. de C.V. México DF. PP 428
- Grace V, Hornemann Métodos fundamentales de enfermería.6ª Ed. Editorial Troquel S.A. San José buenos Aires Argentina, impreso en 1960.PP.450.
- <http://www.edec.c/adepobgin/staffm.htm> Depto. Obstetricia y Ginecología- Facultad de medicina – Univ. Pág. 4.
- <http://www.vitusalud.google.com.mx> PP. 10
- Masters Williams H. y Johnson, Virginia E. Education sexual. Editorial Grijalbo. México D.F. PP.200.
- Monreal José Luis Diagnostico Enfermería MOSBY, Ed. Grupo Océano, Edición 1995, Colombia PP. 1437.
- NANDA Diagnostico Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones Ed. Española, Madrid – España 2001, PP. 263.
- Phaneuf, Margot Ph. Planificación de los Cuidados enfermeros. Traducción: Rosario Moro Domingo, PP 290

Ramírez Alonso, Félix. Obstetricia para la Enfermera Profesional, Ed. El manual moderno, 1ª Edición. México DF. PP. 552

ANEXOS

VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre Domicilio
Sexo,
Nacionalidad;
Escolaridad:
Ocupación: Fecha de nacimiento;
Estado civil
Religión: Familiar responsable:
Grupo sanguíneo:
Talla:
Peso

2. PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

Propia Rentada Prestada
habitaciones: _____

Tipo de construcción

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua intra domiciliaría

Hidrante público

Otros

ELIMINACIÓN DE DESECHOS:

Control de basura:

Drenaje:

Fosa séptica

Letrina

OTROS: _____

VIAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación

Colectivos

Teléfono

Carreteras

Metro

Camiones

Taxi

Carro particular

RECURSOS SOBRE LA SALUD:

Centro de salud

IMSS

ISSSTE

Consultorio particular

Otro

HÁBITOS HIGIÉNICO – DIETÉTICOS:

ASEO.

Baño: (tipo y frecuencia)

De manos: (Frecuencia Bucal)

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia)

ALIMENTACIÓN.

Carne

Huevos:

Verduras:

Leche

Frutas:

Tortillas:

Leguminosas:

Pan:

Pastas:

Agua: _____ lts X día o vaso al
día:

ELIMINACIÓN:

Horario y característica:

Intestinal:

Vesical:

Descanso:

(tipo y frecuencia

Sueño (Horario y característica) _

Diversión y/o deportes.

Trabajo y/o estudio:

OTROS:-_____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
------------	------	-----------	----------------------------

DINÁMICA

FAMILIAR:

DINÁMICA SOCIAL:

COMPORTAMIENTO: (conducta cotidiana):

Agresivo

Tranquilo

Indiferente

Alegre

Cooperador

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICO

Vacunación incompleta.

Grupo y Rh:

Tabaquismo

Toxicomanías negadas,

Alcoholismo

Fármaco dependencia

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Diabetes.

Epilepsia.

HTA.

Cardiopatía.

Neuropatía.

Enf. Infecto-contagiosas.

Toxoplasmosis.

Antecedentes quirúrgicos.

Tipo: _____

Antecedentes transfusionales.

Antecedentes traumáticos.

Otros

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Sífilis.

S. I. D. A.

Malformaciones congénitas.

Consanguinidad.

Retraso mental.

Trastornos psiquiátricos.

Diabetes.

Neoplasias.

Cardiopatía.

Neuropatía.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIO-RESPIRATORIO.

Palpitaciones.

Lipotimias

Disnea

Acufenos

Dolor torácico

edema

Fosfenos

Ruidos cardiacos

Cianosis

Tos

Disfonías

Expectoración:

Observaciones:

DIGESTIVO

Apetito normal.

Vomito

Meteorismo

Diarrea

Disminución de apetito

Nauseas

Distensión

Hematemesis

Pirosis

Dolor abdominal

Ruidos peristal-

Melena

Ticos (aumentados)

Prurito anal

Disfagia

Regurgitaciones

Constipación

Pujo y tenesmo

Observaciones:

GENITOURINARIO.

Dolor	Piuria	Dismenorrea
Patología mamaria		

Tipo: _____

Disuria	Poliuria	Prurito
---------	----------	---------

Tenesmo	Disuria	Leucorrea
---------	---------	-----------

Hematuria	Escorrimento uretral	Características Glándulas Mamarias:
-----------	----------------------	---

Observaciones:

NERVIOSO

Cefalea	Aislamiento	Inconciencia
Miosis		

Temblores	Insomnio	Aniso Coria
-----------	----------	-------------

Depresión	Falta de memoria	Midriasis
-----------	------------------	-----------

Ansiedad

Miosis

Babinski

Observaciones:

MUSCULO-ESQUELETICO

Deformidades: óseas, articulares y musculares Crepitación

Aumento de peso

Hipertricosis Galactorrea Hipertiroidismo

Tipo: _____

Mialgias

Polidipsia

Sudoración

Hipotiroidismo

Artralgias

Polifagia

Diabetes

Varices

Pérdida de peso

Observaciones: _____

PIEL Y ANEXOS

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Pigmentación

Heridas

Otorrea

Conjuntivitis

Dermatosis

Edema

Hipoacusia

epistaxis

Acne

Turgencia

Dolor

Alergia

Prurito

Trastornos del Olfato

Observaciones:

Comprensión y/o comentario de su problema o Padecimiento

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca:

Telarca: _

Pubarca: _

Ciclos: _

Duración:

Dismenorreica

Incapacitante _____

Método de control prenatal:

Tipo: FUR:

Periodo de utilización:

Papanicolaou _____

Fecha: _____ Resultados: _____

Gestas:

Paras:

Abortos: _____

Cesáreas: __

Periodo ínter genésico: _____

Vigilancia prenatal:

No De compañeros sexuales

Evolución del embarazo

Complicaciones

Embarazo previos

Embarazos ectópicos

Embarazos molares

Preeclampsia

Parto prematuro

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Analgésico: Medicamento que mitiga el dolor.

Alumbramiento: Último periodo del parto que consiste en la expulsión de la placenta, después de la salida del feto, de diversos elementos entre los que se incluyen la placenta (el amnios y el cordón), algo de líquido amniótico, sangre y coágulos sanguíneos.

Ansiedad: Estado en el que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) de origen o de frecuencia inesperada o desconocida para el individuo.

Congestión: Cúmulo exclusivo de líquido en un órgano o área corporal.

Déficit de conocimiento: Estado en el que un individuo carece de las habilidades o información para mejorar con éxito sus propios cuidados de salud.

Descanso: Inactividad, reposo, cesación del trabajo o acción.

Desequilibrio: Desequilibrio anormal de líquidos y electrolitos en los tejidos corporales.

Diagnostico de enfermería: Es un juicio clínico sobre las repuestas del individuo, familia y la comunidad o problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales.

Dolor: Estado en la que una persona experimenta e informa molestia grave o una sensación desagradable.

Ejecución: Es la puesta en marcha del plan de cuidados, una acción autónoma basada en el razonamiento científico.

Entrevista: Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud.

Evaluación: Es la ultima etapa del proceso de enfermería es la que permite conocer los resultados del plan y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y el estado de salud de las personas.

Gonadotropina: Sustancia hormonal que estimula la función de los testículos y los ovarios.

Historia clínica: Recogida de datos a través del propio paciente y otras fuentes con respecto a su estado físico y sus funciones psíquicas, sociales y sexuales.

Paciente: Individuo receptor de un servicio sanitario, individuo enfermo y hospitalizado.

Plan de cuidados: Es un método de comunicación de la información sobre el paciente.

Posición: Numerosas posturas del organismo.

Puerperio: Pertenece al periodo inmediatamente posterior al alumbramiento.

Parto: Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta.

Progesterona: Es una hormona destinada a favorecer el desarrollo de embarazo, produciendo en el parto genital aquellas reacciones directamente ligadas al desarrollo del huevo.

Líquidos: Producto que fluye de la vagina tras el parto.

Útero: Órgano reproductor de la mujer, de aspecto periforme. En él tienen lugar la implantación del óvulo fecundado y el desarrollo del feto.

Valoración: Es el primer paso del proceso de cuidados y el más importante.