



**ESCUELA DE ENFERMEÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
CLAVE 3295 - 12**



**MÉTODO ENFERMERO (PAE):  
PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO**

Para obtener el Título de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta.

**CORPUS LOREDO TERESA DE JESÚS**

**ASESORA: LIC. GUADALUPE SARMIENTO CRISTÓBAL**

**MÉXICO, D.F. FEBRERO 2007**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS

### A DÍOS

Doy gracias a díos por haberme permitido haber terminado mis estudios y realizarme como profesionista y persona.

### A MI PADRE ( † )

Quien me enseñó el camino de la vida para ser alguien de provecho, le doy gracias a su enseñanza y sabiduría y por ser haber sido un padre excelente, aunque ya no esta con nosotros físicamente pero todo se logro con sus conocimientos que me dejo en vida.

### A MI MADRE

Le doy gracias por todo el apoyo brindado incondicionalmente a pesar de su enfermedad, y siempre estuvo pendiente de mí y de mi superación personal para la elaboración de este trabajo.

### A MIS HERMANOS

Quienes siempre han creído en mí y me han brindado todo su apoyo y comprensión porque aparte de ser mis hermanos han sido mis mejores amigos, siempre han estado en las partes más importantes de mi vida en la cual han formado una parte muy importante.

A MI HERMANA Y CUÑADO

VIOLETA Y RAYMUNDO les doy mil gracias por todo el apoyo que me brindaron durante mi etapa de estudiante para poder haber logrado lo que soy ahora sin pedirme nada a cambio.

A MIS SOBRINOS.

YURIKO, RAYMUNDO, OSVALDO, SOFIA, FELIPE, ROXANA Y JULIO gracias por todo el apoyo y comprensión por no poder haber estado con ustedes cuando me necesitaban, pero ahora es una gran satisfacción haber logrado mi meta.

A MI ASESORA.

Gracias por la paciencia y dedicación hacia este trabajo y a las enseñanzas y aportaciones dentro del aula de clase y los conocimientos compartidos conmigo durante muchos años de convivencia mil gracias maestra Lic. Guadalupe Sarmiento Cristóbal.

**México D. F. Febrero 2007**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
LIC. TOMASA JUÁREZ CAPORAL  
JEFE DE SERVICIOS ESCOLARES  
P R E S E N T E**

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted el trabajo recepcional:

**“MÉTODO ENFERMERO (PAE):  
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO  
PREMATURO”**

Elaborado por:

**TERESA DE JESÚS CORPUS LOREDO**

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentado y defendida en el examen profesional, que sustentará para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

**A T E N T A M E N T E**

**LIC. GUADALUPE SARMIENTO CRISTÓBAL**

## CONTENIDO

<b>I.-INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>II.- OBJETIVO</b>	
GENERAL.....	8
ESPECÍFICOS.....	8
<b>III.- ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA.....</b>	<b>9</b>
GENITALES EXTERNOS.....	10
GENITALES INTERNOS.....	15

<b>IV.- FISIOPATOLOGÍA .....</b>	<b>22</b>
PRODUCTO PREMATURO.....	22
ETIOLOGÍA.....	24
CUADRO CLÍNICO.....	27
DIAGNÓSTICO.....	29
TRATAMIENTO.....	31
<b>V.- HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE RESPUESTA HUMANA.....</b>	<b>39</b>
INTERCAMBIO.....	40
SENTIMIENTO.....	53
COMUNICACIÓN.....	55
MOVIMIENTO.....	56
CONOCIMIENTO.....	62
ELECCIÓN.....	65

PERCEPCIÓN.....	68
RELACIÓN.....	68
VALORACIÓN.....	69
<b>VI.- PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>70</b>
1.- FATIGA RELACIONADA CON ESTADOS DE ENFERMEDAD, MANIFESTADA POR LA PERCEPCIÓN DE NECESITAR ENERGÍA ADICIONAL PARA REALIZAR LAS TAREAS HABITUALES.....	70
2.-ESTREÑIMIENTO, RELACIONADA CON DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD DEL TRACTO GASTROINTESTINAL , MANIFESTADO POR LA ELIMINACIÓN DE HECES DURAS, SECAS Y FORMADAS.....	76
3.-DOLOR RELACIONADO CON AGENTES LESIVOS FÍSICO MANIFESTADO POR INFORME VERBAL.....	85
4.-ANSIEDAD RELACIONADO CON NECESIDADES NO SATISFECHAS, MANIFESTADO POR IRRITABILIDAD DESCONCIERTO, TEMOR Y INQUIETUD.....	90

5.-HIPOTERMIA RELACIONADA CON ENFERMEDAD O TRAUMATISMO MANIFESTADO POR REDUCCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL DEBAJO DEL LÍMITE NORMAL.....	97
---	----

**VII.- PLAN DE ALTA.....104**

1.- FUNDAMENTO.....	104
---------------------	-----

2.- DATOS PERSONALES.....	104
---------------------------	-----

3.- INDICACIONES PRINCIPALES.....	105
-----------------------------------	-----

4.- INDICACIONES SECUNDARIAS.....	105
-----------------------------------	-----

**VIII. CONCLUSIONES.....106**

**IX. GLOSARIO.....107**

**X. BIBLIOGRAFÍAS.....110**

## I.- INTRODUCCIÓN.

La enfermería atraviesa etapas de cambios que resultan de la dinámica de la sociedad en que se vive y de las numerosas presiones internas y externas que se ejercen sobre los sistemas de atención a la salud. Un aspecto importante de ésta es el proporcionar atención individual a personas que interactúan como miembros de la sociedad.

Es por ello que se elabora el presente método enfermero, ya que los elementos que lo integran son la base de apoyo para la amplia estructura de cuidados de enfermería que ayudan a la paciente a lograr el mayor potencial de auto cuidado basado en las necesidades únicas de las personas que aseguran que el cuidado será sistemática, científico, juicios e individualizado.

Esta clínica es un nosocomio en el cual se brinda atención en general a toda la población, en esta unidad laboro y tuve la oportunidad de realizar el método enfermero sobre amenaza de parto prematuro ya que es una patología que se observa en un 30% de los casos, en los servicios de obstetricia, en donde se encontraba la cliente y donde tuve la oportunidad de atenderla y desarrollar ampliamente el tema. En este método enfermero considero importante hacer una breve descripción de lo que es amenaza de parto prematuro, ya que la paciente curso con problemas de abortos anteriores y siendo esto un problema de salud que repercute en la vida familiar.

La amenaza de parto prematuro es conocido como una patología de alto riesgo algunas mujeres pasan por este problema, y no importa la edad, Esta patología requiere manejo intrahospitalario y que la institución cuente con suficientes y eficientes para otorgar tratamiento de calidad a pacientes que lo requiere También hablamos de todo lo relacionado con la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y los órganos externos e internos, y la fisiopatología la cual misma, etiología, el cuadro clínico, el diagnóstico y un tratamiento .

El personal de enfermería es parte fundamental para la valoración del paciente, ya que en la actualidad se realiza de acuerdo a los patrones funcionales de respuesta humana, estos patrones son: intercambio, movimiento, comunicación, percepción, relación, conocimiento, valores, sentimiento y elección, estos patrones son valorados ya que se ve al paciente holísticamente, en todas sus esferas que lo rodean, dichos patrones son importantes para poder proporcionar cuidados de enfermería específicos para un paciente con amenaza de parto prematuro, de ahí surge la necesidad de satisfacer las necesidades del paciente por medio de un plan de intervenciones de enfermería, en el cual se lleva a cabo intervenciones específicas independientes e interdependientes, así como realizar técnicas y procedimientos encaminados a la pronta recuperación del paciente.

La finalidad de realizar el plan de intervenciones de enfermería es contar con una guía que sirva para lograr la calidad de vida a que todo ser humano tiene derecho; este plan de intervenciones está sustentada científicamente por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y por Dorotea Orem, y Virginia Henderson con las 15 necesidades y habla sobre el auto cuidado que debe tener el paciente educativo que proporciona la enfermera de acuerdo a su padecimiento.

Por último se integra un plan de alta en el cual se indica al paciente las actividades que debe llevar a cabo en su hogar para el mantenimiento de su salud y la prevención de secuelas.

El método enfermero funciona debido a que es lo bastante flexible para permitir que la enfermera llene las necesidades individuales de cada persona, y lo bastante rígido para prevenir omisiones en los aspectos vitales de los cuidados de enfermería. El objetivo es que un paciente viva en la plenitud de sus potencialidades de salud y los cuidados de enfermería son el medio para lograr que el paciente recupere al máximo su salud, así como también ayudarlo a mantenerla dentro de su entorno familiar.

## **II.- OBJETIVO GENERAL**

Proporcionar atención con alto sentido humano a la cliente con amenaza de parto prematuro, por medio de la realización del método enfermero para brindar atención integral durante la estancia hospitalaria.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Aplicación e intervenciones dependientes e independientes actividades de la enfermera a través del cuidado sistematizado y jerarquizado y oportuno, utilizando los cuidados oportunamente por medio de bibliografía de los libros NANDA (NIC y NOC) y para aplicación de técnicas y procedimientos que satisfagan las necesidades de la paciente.

Informar al cliente y familiares por medio de orientación y charlas educativas sobre el cuidado que debe de tener para evitar complicaciones a su egreso.

### III.- ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

El aparato genital de la mujer está compuesto por dos glándulas mixtas de secreción interna y externa (los ovarios), dos conductos por donde se dirigen los óvulos del ovario al útero (trompas uterinas), un órgano que recibe y contiene el huevo fecundado (el útero) y un conjunto de órganos que intervienen en la cópula (la vagina y la vulva), a los que se agrega por la íntima relación fisiológica que con estos posee la glándula mamaria.

Nos va a facilitar el estudio del aparato genital femenino este se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos.( Esq. No 1)

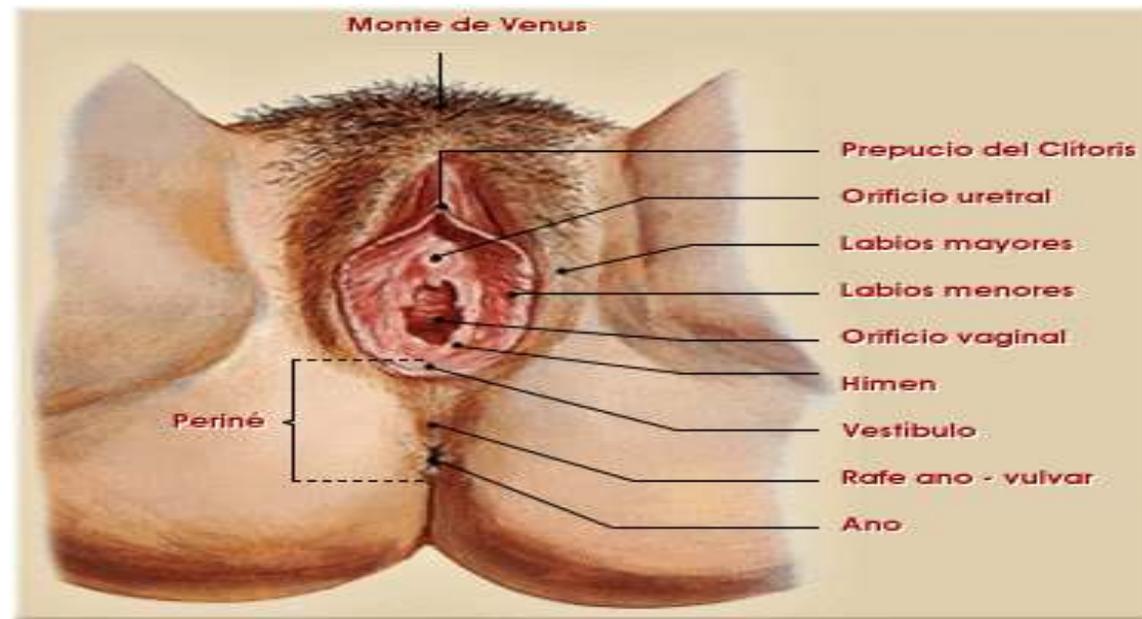
#### GENITALES EXTERNOS

- Vulva
- Monte de Venus
- Labios Mayores
- Labios Menores
- Clítoris
- Vestíbulo
- Meato urinario
- Glándulas de Skene
- Glándulas de Bartolina
- Himen
- Horquilla vulvar
- \* Perineo

#### GENITALES INTERNOS.

- Vagina
- Útero
- Cervix
- Istmo
- Cuerpo
- Trompas de Falopio
- Ovarios

**ESQUEMA No. 1**  
**ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS**



**FUENTE: INTERNET**  
recursos.cnice.mec.es/.../image/genfemex..jpg.

## **ÓRGANOS EXTERNOS.**

### **VULVA:**

Este término se utiliza para designar a todo el conjunto de los órganos genitales externos de la mujer, la vulva se caracteriza por estar húmeda permanentemente lo cual es causado por la acción de las secreciones vaginales y las excreciones de las glándulas cutáneas.

### **MONTE DE VENUS:**

Prominencia que se localiza por delante de la sínfisis del pubis constituida por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada que en la pubertad se cubre de vello forma un triángulo de base superior:

### **LABIOS MAYORES:**

Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta que parten del monte de Venus en forma de repliegue redondeados y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse media del perineo y estar constituido por tejido

celular, tejido conectivo y parte del ligamento redondo así mismo están recubiertos por piel resistente pigmentada con glándulas sebáceas y vello.

### **LABIOS MENORES:**

Son dos pliegues de piel pequeños y delgados, sin vellos situados entre los labios mayores y el introito al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal ya que se unen en sus partes anteriores y posteriores, la unión anterior origina el frenillo del clítoris y el prepucio.

### **CLÍTORIS:**

Órgano homólogo del pene es una estructura pequeña cilíndrica y eréctil, situada en el extremo anterior de la vulva y que sobresalen entre las extremidades ramificadas de los labios menores, las cuales forman prepucio y el frenillo del clítoris consta de glande, un cuerpo y dos pilares el glande esta formado por las células fíctiformes y el cuerpo contienen dos cuerpos cavernosos en cuyas paredes hay fibras musculares lisas. Los pilares son estructuras largas y estrechas que se inician en la cara inferior de cada rama isquiopúbica y que se unen inmediatamente por debajo de la porción media del arco del cúbito para formar el cuerpo del clítoris.

### **VESTÍBULO:**

Es una área en forma de almendra limitada por los labios menores que se extiende desde el clítoris por arriba de la orquilla por abajo El vestíbulo es la estructura femenina funcionalmente madura del seno urogenital del embrión en la madurez, esta conformado habitualmente por seis aberturas. La uretra, la vagina, los conductos de las glándulas de Bartholin y algunas veces los conductos y glándulas de Skene. La porción posterior del vestíbulo situada

entre la orquilla y el orificio vaginal, se designa como fosa navicular sólo suelen observarse en las mujeres nulípara ya que se obliteran después del parto.

#### **MEATO URINARIO:**

Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior está cubierta por epitelio transicional

#### **GLÁNDULAS DE SKENE:**

Son dos y se encuentran una de cada lado de la parte posterolateral del meato urinario, producen moco que lubrica el vestíbulo estas glándulas se infectan con relativa frecuencia

#### **GLÁNDULAS DE BARTHOLIN:**

Se ubican en los labios menores y en la pared vaginal y desembocan en el introito, con la mucosidad que producen lubrican la vulva y la parte externa de la vagina

#### **HIMEN:**

Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina esta formado por dos capas de tejidos fibrosos

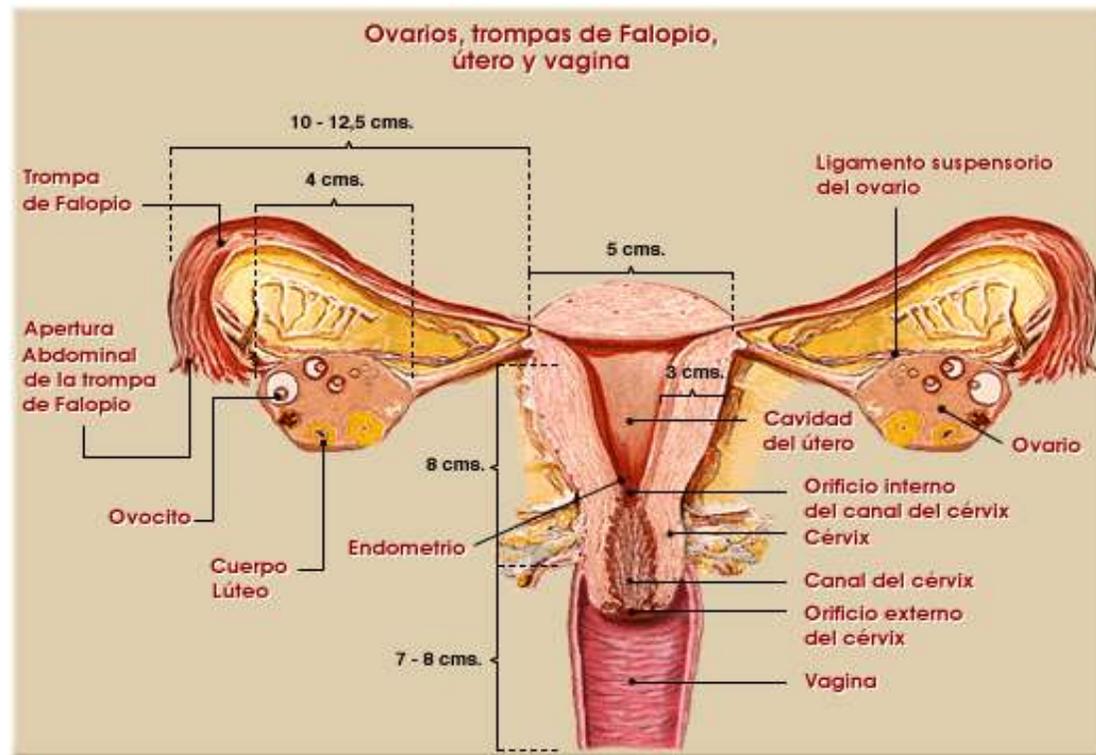
**HORQUILLA VULVAR:**

A sí se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores en la parte posterior de la vulva.

**PERINEO:**

Región comprendida entre las horquilla vulvar y el ano, esta básicamente constituida por los músculos transversos del perineo el bulbo cavernoso.

## ESQUEMA No. 2 ÓRGANOS GENITALES INTERNOS



FUENTE: INTERNET  
[recursos.cnice.mec.es/.../image/genfemex.jpg](https://recursos.cnice.mec.es/.../image/genfemex.jpg)

## **GENITALES INTERNOS.**

### **VAGINA:**

Conducto virtual musculamembranoso que se extiende la vulva al útero se relaciona con la vejiga por su cara anterior y con el recto por su cara posterior.

Su dirección es curva de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba, mide entre 8 y 10 cm de longitud, es muy distensible y tiene arrugas transversales y se inserta en el útero formando los fondos de saco, se encuentran formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo y se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o mackenrodt y el músculo elevado del ano. Es el órgano de la càpula y sirve de canal en el parto, protege a órganos internos contra infecciones. Por poseer un PH entre 4.5 y 5 constituye un medio inadecuado para el desarrollo de gérmenes

### **ÚTERO:**

Órgano muscular hueco situado en la parte profunda de la pelvis periforme está invertido y aplanado ligeramente en sentido antero posterior, la cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga la posterior con el recto las laterales con los úteros y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical dejando una porción supravaginal y otra intravaginal mide de 7 a 8 cm de longitud por 5 a 6 de ancho en la parte fundica se contiene en su sitio gracias a sus ligamentos de sostén.

### **ISTMO:**

Es la zona que se adelgaza y forma una depresión entre el cuerpo y el cervix desempeña una función importante en obstetricia al formar parte del segmento uterino.

### **CÉRVIX:**

Es de forma cilíndrica mide de 3cm de longitud, posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical, la incisión vaginal lo divide en dos porciones intravaginal y supravaginal. La porción externa ectocervix está revestida por epitelio plano estratificado no cornificado que con frecuencia se asienta de tumores y que se continúa con la endocervix, provista de un epitelio cilíndrico columnar, debajo del cual hay glándulas mucosas revestidas por el mismo epitelio.

### **LIGAMENTOS DE SOSTÉN DEL ÚTERO.**

Son tres ligamentos a) Redondo b) Ancho y Mackenroft c) Útero sacro.

### **LIGAMENTO REDONDO:**

Son bandas musculares de forma redondeadas que se insertan en la pared lateral cerca del fondo uterino (abajo y delante de la inserción tubaria), se dirigen hacia fuera al orificio inguinal interno atraviesan el conducto inguinal y se expanden en forma radiada confundiendo con el tejido conjuntivo inguinal.

### **LIGAMENTO ANCHO Y MACKENROFT:**

El peritoneo que cubre al útero en sus caras anteriores, posterior se adosa en ambos bordes de este extendiéndose hasta la pared pélvica. Estas dos hojas peritoneales constituyen el ligamento ancho, en su espesor queda el ligamento redondo su borde superior envuelve a la trompa de Falopio, dando lugar a un repliegue que contiene los vasos ováricos y constituye el ligamento infundíbulo pélvico. En su porción inferior se ensancha y con algunas fibras musculares y tejidos conjuntivos, forman el ligamento transversal cardinal o de Mackenrodt.

### **LIGAMENTO ÚTERO SACROS:**

De la pared posterior del útero en su porción inferior nacen dos repliegues peritoneales con fibras musculares y conjuntivas que rodeen al recto y se insertan en la cara anterior del sacro, entre la segunda y tercera vértebra.

Estos ligamentos en conjunto le sirven de soporte al útero en su sitio anatómico.

### **VASOS SANGUÍNEOS:**

El útero está irrigado por dos arterias y dos venas: ováricas y uterina.

#### **A) ARTERIA OVÁRICA:**

Rama de la aorta abdominal a través del mesosalpinx alcanza a la trompa de Falopio y al ovario y se anastomosa con la arteria uterina.

#### **B) ARTERIA UTERINA:**

Nace de la rama anterior de la arteria hipogástrica pasa entre las dos hojas de ligamentos ancho y bordea la cara lateral del útero haciendo un cayado de 2 cm arriba del istmo uterino y asciende hasta unirse con la arteria ovárica formando un arco. En su trayectoria origina numerosas prolongaciones que irrigan al útero al ligamento ancho y a la vagina. En la zona del cayado esta estrechamente relacionada con el uretero al que cruza por delante relación muy importante.

**VENAS:**

La circulación venosa es similar a la arteria y es muy rica en vasos en el espesor del ligamento ancho forma el plexo pampiniforme. La vena ovárica derecha desemboca directamente en la vena cava inferior en tanto que la vena ovárica izquierda drena a la vena renal de ese lado, las venas uterinas desembocan en las venas ilíacas internas.

**VASOS LINFÁTICOS:**

Del endometrio, miometrio y peritoneo drenan numerosos vasos linfáticos a los bordes laterales el útero y van a desembocar en los siguientes ganglios sacros medios y laterales, ilíacos internos y externos aórticos laterales y preaórticos.

**NERVIOS:**

Las vías eferentes simpáticas y parasimpáticas son transmitidas por los plexos hipogástricos y pélvicos. En la parte inferior de la bifurcación aórtica se forma el nervio presacro que es el nervio principal del útero del cual deriva el ganglio de trankenhouser o plexo útero vaginal.

**TROMPAS DE FALOPIO:**

Son dos conductos de 10 a 12 cm de longitud por 1 a 2 cm de diámetro en su porción más externa, constituyen una prolongación de los cuernos uterinos, se dirigen lateralmente hacia fuera y adelanté, tiene movimientos peristálticos, las trompas de Falopio se dividen en tres partes anatómicas las cuales son. Intersticial o Intramuros.

**INTERSTICIAL O INTRAMURAL:**

Parte más próxima al útero que hace contacto con la cavidad uterina.

**ÍSTMICA:**

Parte intermedia de grosor constante.

**AMPULAR:**

Parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón.

Las trompas de Falopio tienen un conducto de 1 a 2 cm de diámetro en sus porciones ístmica e intramural, que es continuación de la cavidad uterina y terminan en la porción ampular que se abre en la cavidad peritoneal cerca del ovario.

Las trompas de Falopio están constituidas por tres capas anatómicas que son:

**CAPA EXTERNA SEROSA O PERITONEAL:**

Permite el deslizamiento con los órganos vecinos.

### **CAPA MEDIA MUSCULAR:**

Está provista de fibras circulares de Falopio y longitudinales las cuales hacen posible la motilidad peristáltica.

### **CAPA INTERNA MUCOSA O ENDOSÁLPIX:**

Esta constituida por epitelio de revestimiento de células ciliadas, secretorias e intercalares, que favorecen la supervivencia y capacitación espermática, así como la migración del óvulo fecundado, el mantenimiento del cigoto y transporte de diversas partículas,

### **OVARIOS:**

Son dos órganos ovoides aplanados sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4cm de largo y 3cm de ancho y 2.5cm de altura, están localizados en la porción lateral de la pelvis se encuentran en íntima relación con la parte distal de la trompa de Falopio mediante la fimbria, su peso es de 5 a 7.5grms, se sostienen en su sitio gracias a un engrosamiento de ligamentos anchos (mezo vario) y el ligamento útero ovárico.

## **IV.- FISIOPATOLOGÍA**

Se define como recién nacido pretermino al producto de la concepción que se obtiene por parto o cesárea antes de la trigésima séptima semana de gestación y/o que tienen un peso inferior a 2500grms.

### **PRODUCTO PREMATURO:**

Es aquel proveniente de embarazos entre la semana 28 a las 36 semanas 6 días de duración cuyo peso esté comprendido entre 1000 y 2500 gr.

El parto prematuro normalmente es debido al fracaso de los mecanismos que mantienen el reposo uterino.

### **INFECCIONES:**

Las citosina inflamatorias o las endotoxinas bacterinas pueden estimular directa o indirecta la liberación de corticotrofina o IL. De esta manera una infección puede urinaria, vaginal, uterina o fetal puede provocar un parto prematuro. La infección puede ser un indicador predictivo del parto pretermo al menos en el 50% de los casos.

### **ALTERACIONES UTERINAS:**

Los factores uterinos como el estiramiento del miometrio, la hiperosmolaridad, la rotura de membranas fetales o el traumatismo uterino hacen que los lisosomas liberen fosfolipasa A2: Después se producen prostaglandinas que estimulan la contracción del miometrio. DE ese modo la rotura prematura de membranas (RPM), el traumatismo abdominal, la gestación múltiple, las anomalías uterinas que causan sobre distensión del útero y el hidramnios pueden provocar parto prematuro.

### **ESTRÉS:**

El estrés emocional o físico puede estimular la liberación de hormona liberadora de corticotrofina, la cual estimula la glándula suprarrenal del feto a producir una señal precoz que interrumpe el sistema de sostén que mantiene la inactividad del útero y aparece leal parto prematuro. Los factores que disminuyen el flujo sanguíneo uterino pueden también provocar la liberación de CHR. Por lo tanto los procesos que durante el embarazo interfieran con el flujo sanguíneo útero –placentario pueden desencadenar parto prematuro. Algunas de estas afecciones son la preeclampsia, la diabetes mal controlada, la enfermedad cardíaca, la enfermedad renal, el desprendimiento prematuro de placenta o la placenta previa. Las alteraciones nutricionales, el tabaquismo o el consumo de drogas ilegales pueden de la misma manera estimular un parto prematuro.

## ETIOLOGÍA

Dado que hasta el momento se desconoce exactamente las causas desencadenantes del trabajo de parto normal a término, tampoco puede saberse con exactitud las causas del parto prematuro. A propósito de las causas que determinan el inicio del trabajo de parto normal, cabe señalar la importancia que actualmente tienen las membranas fetales y la decidua uterina. Se sabe que antes del trabajo de parto hay una acumulación de los precursores de las prostaglandinas como glicerofosfolípidos en los sitios señalados. La producción de la progesterona por la placenta estabilizan la fosfolipasa, lisosómica que es una enzima necesaria para la siguiente etapa en la formación de la progesterona placentaria o aparecen diversos tipos de detención de tensión física, tales como hiperosmolaridad o estiramiento miométrial ocasionaran que los lisosomas liberen fosfolipasa y a su vez esta enzima facilita la fosfolipasa y a su vez esta enzima facilitara la conversión de los glicerofosfolípidos en ácido araquidónico precursor obligado de las prostaglandinas y que están fosfolipasas también se puede elevar en las infecciones intrauterinas peri natales.

Por lo anterior y a pesar de no conocerse al 100% la etiopatogenia del parto prematuro si se conoce factores etiológicos bien determinados que pueden ser prevenidos y tratados oportunamente dentro de una adecuada y eficiente vigilancia prenatal. Esos factores pueden encuadrarse de la siguiente manera.

### FACTORES DE ALTO RIESGO:

Antecedentes de parto prematuro. Este antecedente eleva la frecuencia de parto prematuro en el embarazo actual hasta en 18%

- Gestación múltiple.
- Intervención quirúrgica abdominal.
- Polihidramnios y Oligohidramnios severos.
- Antecedentes de aborto en el segundo trimestre.
- Infección bacteriana sistémica aguda.
- Desprendimiento prematuro de placenta normal inserta.
- Diabetes mellitus no controlada.

### **FACTORES DE ALTO RIESGO O INTERMEDIO.**

- Inserción baja de placenta.
- Metrorragia después de la semana 16.
- Biopsia cervical con cono.
- Malformaciones y tumores uterinos, incompetencia istmo cervical.
- Infecciones renales de vías urinarias, o ambas.
- Edad inferior a 16 años.
- Isoinminización materno fetal a grupo o factor rh.
- Alcoholismo y tabaquismo positivo, se ha visto que la hipoxemia materna condiciona placentas pequeñas, desprendimiento placentarios y ruptura prematuras de membranas. Esto también acontece en las tomadoras de café y en las toxicómanas.

### **FACTORES CON BAJO RIESGO.**

Todos estos factores aumentan ligeramente el riesgo de trabajo de parto prematuro.

- estado socioeconómico bajo.
- Edad de 16 a 20 años o mayor de 40.
- Estatura inferior a 1.50cm.
- Intervalo menor de dos años entre gestación y gestación.
- Abortos repetidos en el primer trimestre.
- Trabajo extenuante.
- Fibromas uterinos.
- Presentación pélvica después de la semana 30.
- Enfermedad cardiovascular o renal crónica.
- Falta de atención prenatal, viejos embarazos no deseados.
- Anemia con hemoglobina menor de 11.

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

Los datos clínicos necesarios para el diagnóstico de parto prematuro comprenden la corroboración de la edad gestacional pretermino por amenorrea o por ultrasonografía. La presencia de contracciones uterinas irregulares en intensidad pero con una frecuencia mayor a seis en una hora perceptible por el obstetra, sintomáticamente cólico semejante a las menstruaciones lumbalgias rítmicas, expulsión de moco claro o sanguinolento, sangrado genital en manchas sensación de pesantez pélvica, cólico intestinal con diarrea o no y modificaciones cervicales mínimas (ahorramiento o inicio de dilatación en el orificio interno).

#### **FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICO.**

- Raza china y especialmente negra.
- Edad extrema de maternidad.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Soltería.

## CUADRO CLÍNICO

### SÍNTOMAS:

- 1.- Contracciones uterinas: Serán diagnósticas las contracciones uterinas regulares que ocurren por lo menos dos veces en un período de 10 minutos y dura un mínimo de 30 segundos en tanto se produzcan así durante 30 minutos.
- 2.- Rotura prematura de las membranas  
A menudo sobre viene iniciación prematura del trabajo de parto al romperse las membranas antes del término (20 a 25% de todos los partos prematuros).
- 3.-Hemorragia Vaginal: En la mayor parte de los embarazos complicados por desprendimiento prematuro de placenta previa el lactante al nacer es menor de 2,500grs.
- 4.- Aumento de la secreción y la presión vaginal: El cuello uterino incompetente suele manifestar los síntomas señalados..

### SIGNOS:

- 1.- Edad Gestacional: Esta debe ser menor de las 36 semanas.
- 2.-Tamaño Fetal: Debe tenerse cuidado al determinar el tamaño del feto mediante ultrasonografía y el bienestar mediante vigilancia fetal electrónica.
- 3.- Parte de Presentación. Esta debe identificarse porque es más común la presentación anormal en etapa incipiente de la gestación.

4.- Dilatación y Borramiento: del cuello uterino: Se considera diagnóstico la dilatación o el borramiento cervicales que son progresivos durante un intervalo de 30 a 60 minutos y lo mismo sucede con el cuello uterino que esta bien borrado y dilatación (por lo menos 2cc al ingreso).

### **ESTUDIOS DE LABORATORIO:**

1.-Cuenta temática completa con cuenta diferencial de leucocitos.

2.-Orina obtenida mediante sonda para análisis generales, cultivo y prueba de sensibilidad.

3.-Examen ultrasónico de tamaño fetal, posición del feto y localización de placenta.

4.-Aminoacentesis para el diagnóstico equivoco de madurez fetal. Puede efectuarse también estudios bacteriológicos en algunos casos (observación microscópica de leucocitos y bacterias en los cultivos y pruebas de sensibilidad).

5.-Cuenta de electrolitos y determinación de la glucosa sérica en los casos que requieren tocó lisis .

6.-Investigación hematológica en los casos que se acompañan de hemorragia.

7.-Biometría Hemática.

8.-Química Sanguínea.

9.-Examen general de orina.

10.-Urocultivo.

11.-PH reactivo

## DIAGNÓSTICO.

La valoración del riesgo no ha sido una herramienta eficaz en la disminución de la frecuencia de parto prematuro, para intentar predecir los embarazos con alto riesgo de desarrollo un parto prematuro actualmente se valoran los factores clínicos junto con los marcadores bioquímicos se describen a continuación.

Las fibronectinas son una familia de proteínas que se encuentran en el espacio extracelular la fibronectina fetal se localiza en las membranas tétales y en la decidua a lo largo de todo el embarazo. Mientras en saco gestacional se implanta y penetra al interior del útero en la primera mitad del embarazo, la fibronectina fetal se encuentra normalmente en el flujo Cerviño vaginal, después de la semana 22 la presencia de fibronectina ya no puedan detectarse en las secreciones vaginales 2 semanas antes del parto a término o pretermino. Se postula que la fibronectina fetal es liberada dentro de la cavidad uterina de la vagina cuando se produce una lesión mecánico o inflamatoria en las membranas.

La prueba se realiza durante la exploración con speculum utilizando un escobillon de dacron estéril y recolectando las secreciones vaginales y cervicales próximas al orificio cervical. El escobillon debe permanecer en el lugar de la toma de la muestra aproximadamente los segundos y después es transferido a un tubo con una solución estabilización para su transporte, esta prueba se realiza en las mujeres que tienen factores de riesgo de amenaza de parto pretermino o sin tomas y signos y en aquellas que se encuentran entre la semana 24 a la 37 de gestación.

Cuando se realiza en una embarazada con síntomas de riesgo de amenaza de parto prematuro la prueba empieza a realizarse a la semana 24 o antes del primer signo de amenaza de parto prematuro cada 2 semanas, un resultado antes de las 32 semanas. Un resultado positivo de amenaza de parto prematuro antes de la fibronectina fetal en un embarazo único es un predicto moderador de que más cambios significativos son probables 1-2 semanas.

Los resultados positivos pueden ser debido a relaciones sexuales recientes, hemorragias vaginales, presencia de líquido amniótico o exploración vaginal reciente.

## **LONGITUD CERVICAL:**

La medición de la longitud cervical por ecografía vaginal, transvaginal también se utilizan para valorar el riesgo de parto prematuro. Una longitud cervical menor de 2 mm es un factor de embudo también es un signo predicativo, el rol de la longitud del cuello uterino en la valoración del riesgo de parto prematuro.

## **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:**

Cuando una mujer presenta contracciones uterinas rítmicas y regulares el equipo médico debe determinar en primer término si se encuentra en trabajo de parto. El diagnóstico frecuentemente se realiza ante la presencia de cuatro contracciones durante un período de 2 o minutos y el cuello uterino que presenta una dilatación mayor de 1 cm y acortamiento cervical de un 80%. Por lo tanto el diagnóstico de parto prematuro requiere tacto si este presenta contracciones uterinas como cambios cervicales.

Los datos diagnóstico utilizados en el manejo de parto prematuro incluyendo los:

- Analítica hemograma completo con formula leucitoria y plaquetas.
- Análisis y cultivo de orina para descartar infección del aparato urinario especialmente por estreptococos del grupo B.
- Cultivos de secreción cervical para descartar infecciones para vaginosis bacteriana, gonorrea chlamydia y tricomonas vaginales.
- Estudios de vigilancia fetal para detectar signos de sufrimiento fetal.
- Madurez pulmonar fetal si la edad gestacional se encuentre entre las 32 a 36 semanas.
- Valoración de la fibronectina fetal.
- Ecografía transvaginal para determinar la longitud del cuello uterino.

## TRATAMIENTO

Se observará a la paciente durante 30 a 60 minutos para determinar la asistencia apropiada. No conviene un período más prolongado de observación porque la eficacia del tratamiento disminuye conforme progresa el trabajo de parto, es indispensable la supresión de este último sólo aproximadamente en 25% de los casos de trabajo de parto prematuro. En el 75% restante, están contraindicaciones los intentos o es poco probable que tengan éxito.

### **BETA SIMPÁTICO MIMÉTICOS.**

Acción. Los fármacos simpáticos miméticos complementan o imitan los efectos de la adrenalina y la noradrenalina sobre los órganos inervados por fibras del sistema simpático. Existen dos tipos de receptores adrenérgicos: alfa y beta. Los receptores alfa causan principalmente contracción del músculo liso, los receptores beta también provocan relajación del músculo liso, excepto en el corazón donde causan la estimulación cardíaca.

Se reconocen dos tipos de receptores beta y beta. Los receptores beta, predominan en el corazón, y su estimulación provoca taquicardia y aumento de la contractilidad del miocardio. Los receptores beta predominan en el útero, vasos sanguíneos, bronquiolos y diafragma. Disminuyen la contractilidad del músculo liso por lo que se produce relajación uterina y bronquial y vaso dilatación periférica, la contractilidad del músculo liso disminuye por la unión del calcio el retículo sarcoplásmico y por la activación de la adenilato ciclasa, por lo que se disminuye la concentración intracelular del calcio.

## **CONTRAINDICACIONES:**

Las contraindicaciones para la utilización de los fármacos beta simpático miméticos son: enfermedad cardiovascular, arritmias cardíacas, hipertensión, hipertiroidismo materno mal controlado y migraña. Estos fármacos no deben ser utilizados en las mujeres que presentan hemorragia debido a sus efectos sobre la frecuencia cardíaca y la presión arterial, que representan el mecanismo compensatorio normal en estas circunstancias.

Dosificación de la terbutalina en el tratamiento agudo intravenoso:

Cuando se indica la administración de terbutalina i.v. normalmente se diluye en 5mg en 500ml de solución de Ringer lactato o en solución fisiológica. Generalmente se comienza con 2.5 mg/min cada 10 a 30 minutos hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Cese de las contracciones uterinas.
- Intolerancia a los efectos secundarios.
- Se alcance una dosis máxima de 18 a 20 mg / min

La dosis que resulte más eficaz se mantiene durante 12 a 24 horas después del cese de las contracciones uterinas. Después de dicho lapso el tratamiento se suspende.

La administración por vía subcutánea de 0.25 mg cada 3 horas con un máximo de 3 dosis es también una pauta utilizada en el tratamiento agudo de parto prematuro. La dosis debe suspenderse si la frecuencia cardíaca materna supera los 120 latidos por minuto.

Dosificación de terbutalina de mantenimiento:

En caso de que se indique un tratamiento de mantenimiento, puede hacerse por inyección subcutánea, vía oral, o bomba subcutánea. Puede comenzar con inducción subcutánea de 0.25 mg cada cuatro horas a tratamiento por vía oral o una dosis de 2.5 a 5 mg cada 4 a 6 horas. Si se utiliza bomba subcutánea, esta libera de forma continua pequeñas dosis normalmente establecidas en 0.3 a 0.5 ml. También se pueden prefijar en bolos intermitentes de 0.25 mg cuya pauta debe ser determinada a través de la valoración y la observación del patrón de frecuencia de las contracciones uterinas durante

un período de 24 horas. La enfermera de asistencia domiciliaria con la ayuda de un farmacéutico y un supervisor puede ajustar las dosis y llevar a cabo el mantenimiento del tratamiento utilizando jeringas preparadas y otros equipos necesarios para el uso de la bomba.

#### Efectos Secundarios maternos:

Los efectos secundarios que frecuentemente se asocian al uso de terbutalina son los siguientes.

- Hipotensión leve o aumento de la presión diferencial debido a un ligero aumento en la presión sistólica y a una ligera disminución en la presión diastólica, con la consiguiente disminución de la perfusión coronaria..
- Ligero mareo rubefacción y temblor debido a la relajación del músculo liso de la pared vascular.
- inquietud e irritabilidad emocional y ansiedad asociadas a la liberación de adrenalina.
- Taquicardia materna y fetal palpitaciones arritmias por la acción estimulante sobre el corazón.
- Hiperglucemia transitorias debido a la acción del fármaco sobre el hígado y el músculo provocando glucógeno lisis , gluconeogénesis y disminución del ingreso de glucosa a los tejidos periféricos.
- La elevación de lactato y ácidos grasos libre debido a la hiperglucemia provoca la estimulación farmacológica de páncreas.
- Disminución del potasio plasmático debido al paso del espacio extracelular al intracelular del mismo.
- Disminución del hematocrito un 20 a 25 % debido a la expansión del volumen plasmático.
- Náuseas y vómito.
- Aumento de la secreción de insulina y glucagón debido a la disminución de la mortalidad intestinal.
- Broncodilatación.

Los efectos secundarios adversos son: Taquicardia materna por encima de 120lpm. Caída de la presión arterial por debajo de 90/60 mm/hg, presión torácica y arritmias cardiacas.

Las complicaciones con riesgo potencial de muerte son: edema agudo de pulmón que puede ser consecuencia de una insuficiencia cardiaca y una sobre carga de volumen; arritmias cardiacas, tales como extrasístoles ventriculares, contracciones auriculares prematuras y fibrilación auricular o vaso espasmo cerebral en las mujeres con antecedentes de cefalea migrañosa.

Efectos a largo plazo de la terbutalina:

El efecto secundario más grave sobre el feto es la taquicardia, pero otros efectos adversos son: hiperinsulinemia, hiperglucemia, hipocalcemia miocárdica e isquemia.

## **SULFATO DE MAGNESIO.**

### **Acción:**

El magnesio produce relajación del músculo liso uterino mediante la sustitución del magnesio por el calcio. El magnesio actúa no solamente a nivel celular sino también disminuyendo la actividad uterina a nivel de la transmisión nerviosa. El magnesio bloquea la liberación de acetilcolina en las sinapsis nerviosas por desplazamiento del calcio, bloqueando de esta forma la transmisión nerviosa al músculo. Los efectos secundarios del magnesio como disminución de la presión arterial e incremento del flujo sanguíneo uterino también pueden ser un efecto terapéutico en la detección del parto prematuro.

En el pasado, el sulfato de magnesio era principalmente utilizado en obstetricia para el tratamiento de la preeclampsia. Actualmente está comenzando a ser más utilizado como fármaco i. V de primera elección para el tratamiento de parto prematuro cuando los cambios del cuello son significativos y ha fracasado el tratamiento con útero inhibidores orales.

### **Contraindicaciones:**

Las contraindicaciones para la utilización del sulfato de magnesio son: hipocalcemia, deterioro de la función renal y miastenia gravis.

### **Dosificación I.V.**

En el tratamiento de parto prematura, normalmente se recomienda una dosis de ataque de 4 a 6 g administrada durante 20 a 30 minutos, seguida de una dosis de mantenimiento de 2 a 6 g/h hasta que las contracciones uterinas cesen o aparezcan signos de toxicidad. La mujer en tratamiento de parto prematuro puede tolerar dosis más elevadas del fármaco que aquellas que padecen una preeclampsia. La función renal en la mujer con parto prematuro habitualmente no se encuentra comprometida, en cambio esto sí puede suceder en las mujeres con preeclampsia. En los casos de embarazos múltiples frecuentemente se requieren dosis máxima del fármaco durante varios días para frenar el parto prematuro

### **Signos de toxicidad:**

Los signos de toxicidad son: frecuencia respiratoria menor a 12 respiraciones por minuto, ausencia de reflejos tendinosos profundos, hipotensión grave o relajación muscular extrema.

### **Dosificación oral de mantenimiento:**

El óxido de magnesio o el gluconato de magnesio orales pueden ser utilizados en el tratamiento útero inhibidores de mantenimiento. La dosis habitual de gluconato de magnesio es de 1 g cada 2 a 4 horas. Las investigaciones indican que ciertas formas de magnesio oral pueden ser tan eficaces como los fármacos simpáticos miméticos orales en la inhibición de parto prematura con escasos efectos secundarios de investigación sobre el tratamiento útero inhibidor oral de parto prematuro con escasos efectos secundarios. Los estudios de investigación sobre el tratamiento útero inhibidor oral están resurgiendo en la actualidad tras un paréntesis de 15 años de quietud.

### **Efectos Secundarios:**

Durante la administración de la dosis de ataque, la mujer frecuentemente experimenta náuseas, vómito, somnolencia, cefalea, debilidad muscular y visión borrosa. Estos efectos secundarios frecuentemente disminuyen cuando la dosis de

ataque es completada. Menos frecuentes pero mucho más graves son la desmineralización ósea, el íleo paralítico, la disnea y el edema agudo de pulmón.

Los signos de toxicidad de magnesio incluyen:

- Frecuencia respiratoria inferior a 12 respiraciones por minutos.
- Ausencia de reflejos tendinosos profundos.
- Hipotensión grave.
- Relajación muscular extrema

### **Efectos a largo plazo en el neonato:**

El neonato puede mostrar letargo e hipotonía por efecto del magnesio y se ha demostrado que el fármaco puede provocar también retraso en el desarrollo del niño.

### **Antagonistas del calcio:**

#### **Acción:**

Los antagonistas del calcio como el nifedipino no permiten el movimiento del calcio hacia el interior de las células del músculo liso uterino. La contracción del músculo liso depende de la disponibilidad de calcio.

#### **Dosis:**

Se utiliza una dosis inicial de 10 mg sublingual cada 20 minutos hasta completar 3 dosis. La dosis de mantenimiento es de 10 a 30 mg cada 6 horas por vía oral o la combinación sublingual y oral.

### **Efectos secundarios maternos:**

Los efectos secundarios poco frecuentes y debidos a la vaso dilatación periférica son cefalea, fatiga, hipotensión, vértigo y edema periférico. Otro efecto secundario es la taquicardia. La administración debe ser interrumpida si la frecuencia cardiaca materna es mayor de 120lmp o l a presión arterial es menor de 90/50 mm/Hg.

**Efectos secundarios fetales:**

Los efectos sobre el feto son la disminución del flujo sanguíneo útero placentario y la bradicardia fetal, que puede conducir a una hipoxia fetal.

**Inhibidores de las prostaglandinas:****Acción:**

Los inhibidores de las prostaglandinas como el ibuprofeno y la indometacina actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas.

**Contraindicaciones:**

Los inhibidores de las prostaglandinas están contraindicados en las mujeres con úlcera péptica activa, enfermedad renal, hipertensión, asma sensible a los antiinflamatorios no esteroideos y trastornos de la coagulación.

**Dosis:**

La dosis de ataque de indometacina es de 50 a 100mg por vía oral o supositorios rectales seguidos por una dosis oral de mantenimiento de 25 a 50 mg cada 4 horas durante 24 a 48 horas. Si las contracciones reaparecen pueden administrarse una segunda serie. Existen mujeres que han sido tratadas durante un mes o más con estos fármacos. El ibuprofeno también puede utilizarse a dosis de 600 mg cada 6 horas.

**Efectos secundarios maternos:**

Los efectos maternos son poco frecuentes pero pueden incluir náuseas y pirosis. Además pueden enmascarar los síntomas de la fiebre.

#### **Efectos secundarios fetales y neonatales.**

Los efectos secundarios son el cierre prematuro del ductus arterioso que puede causar hipertensión pulmonar neonatal., oligoamnios, hemorragia intraventricular, hiperbilirrubinemia y enterocolitis necrotizante. El riesgo de obstrucción transitoria del ductus arterioso se incrementa con la mayor edad gestacional y la duración del tratamiento. Esto es infrecuente si se utilizan antes de 32 semanas de gestación.

#### **Antagonistas de la oxitocina:**

##### **Acción:**

Los antagonistas de la oxitocina como el atosibán inhiben la liberación de oxitocina.

##### **Dosis:**

Este es un fármaco que se encuentra aún en vía experimental, si se utiliza, se administra mediante perfusión i.v a dosis de 300 mg/min durante un máximo de 12 horas.

#### **Efectos secundarios maternos:**

Este fármaco en estudios ha sido bien tolerado y con pocos efectos secundarios. Estos incluyen: náuseas y vómito, cefalea, dolor torácico y disgeusia.

## V.- VALORACIÓN DE LOS 9 PATRONES DE LA RESPUESTA HUMANA

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Unidad: Clínica San Ángel

Nombre: J:I:M

Edad: 32 años                  Sexo: Femenino

Servicio: Consulta de Ginecología

Fecha de nacimiento: 18 de Abril de 1974

Diagnóstico Médico: Amenaza de Parto Prematuro

Valoración realizada por: El médico especialista Ginecólogo.

## I. INTERCAMBIO.

### CEREBRAL

Nivel de conciencia

Personal

SI

Lugar

SI

Tiempo

SI

Apertura de ojos

Normal

SI

Con problema

Reflejo pupilar

NORMAL

### CARDIACO

Ritmo cardiaco normal

SI

Arritmia

SI

Taquicardia

NO

Bradicardias

NO

Tensión Arterial

Brazo: Derecho

110/70 mm/Hg

Izquierdo

120/80 mm/Hg

### PERIFÉRICO

Pulso	Ausencia	Débil	Normal	Fuerte
Carotideo			SI	
Apical			SI	
Braquial			SI	
Radial			SI	

Temperatura

Región

Axilar

° C

36.5 °C

Hipertermia

NO

Hipotermia

NO

Piel

Normal

SI

Color

Normal

SI

Pálida

NO

Cianótica

Ictérica

Otros

---

### OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria

Respiración

Regular

Irregular

Presencia

Disnea

Ortopnea

Taquipnea

Bradipnea

Tos

Espujo

Color

Cantidad

Ruidos respiratorios

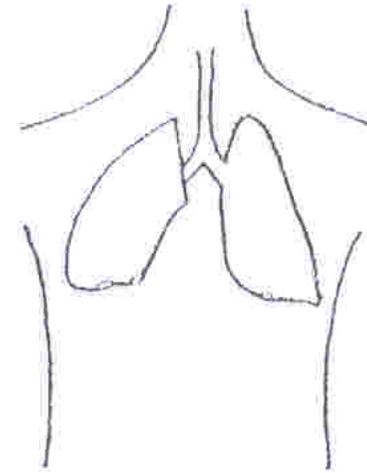
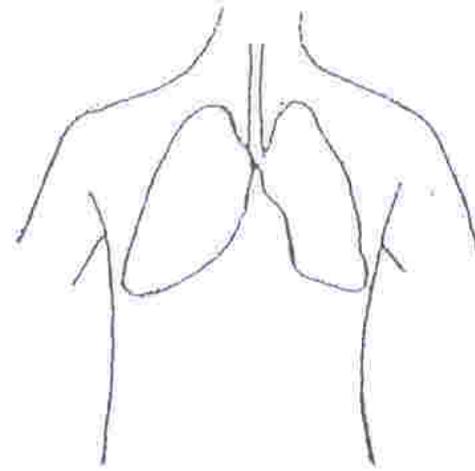
Burujeo

Estertor

Estridor

Jadeo

**LOCALIZACIÓN:**



Tuvo respiratorio

Si

No

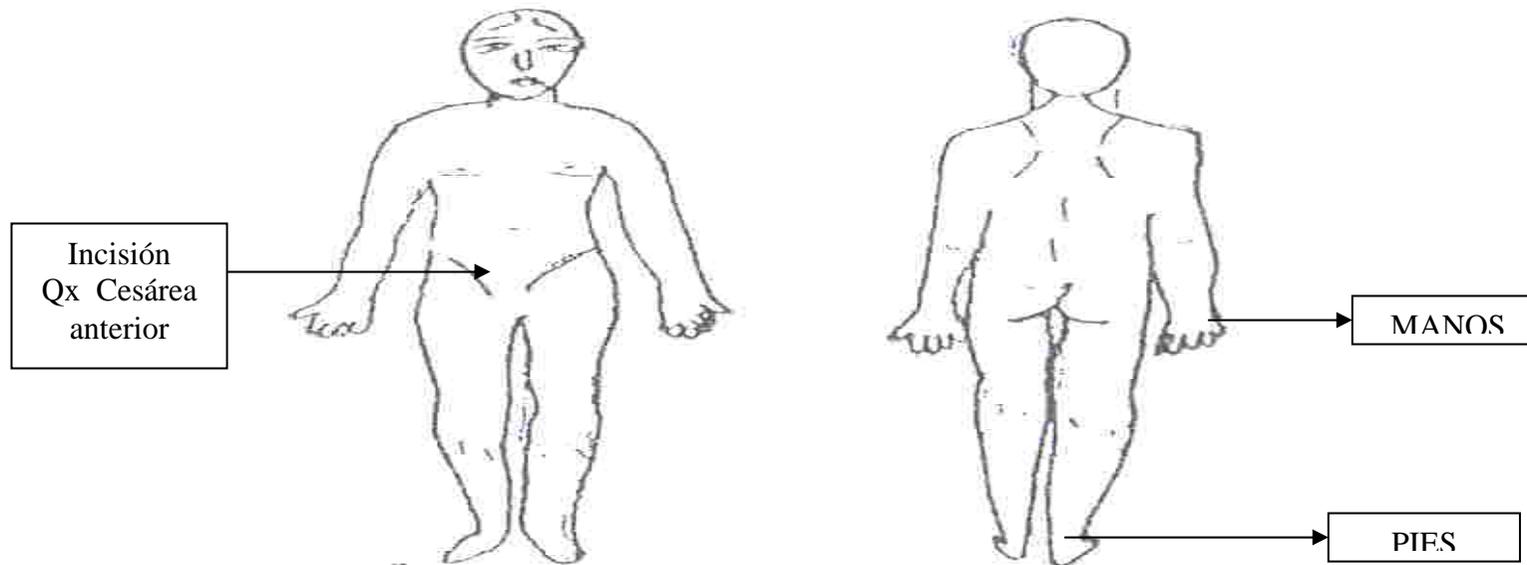
### INTEGRIDAD DE LA PIEL

Piel <input type="text"/>	integra	<input type="text" value="Si"/>	Quemaduras	<input type="text" value="No"/>
Petequias <input type="text"/>	Eritema	<input type="text" value="No"/>	Ulceras	<input type="text" value="No"/>
<input type="text"/>	Heridas	<input type="text" value="No"/>	Abrasiones	<input type="text" value="No"/>
	Contusiones	<input type="text" value="No"/>		
	Insición Quirúrgica	<input type="text" value="Si"/>		
	Resequedad de la piel	<input type="text" value="Ocasionalmente"/>		
Edema	+ <input type="text" value="Si"/>	++ <input type="text"/>	+++ <input type="text"/>	

Otros: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Características: El edema se presenta en miembros pélvicos es un edema que se observa muy desminuido

**LOCALIZACIÓN:**



## NUTRICIÓN

Dieta indicada por el Médico.

Por el momento no me prohibió ningún tipo de alimento, puedo comer de todo

Comidas.

1

2

3

Mas

¿Alimentos que le gustan?

El pollo, verduras y fruta \_\_\_\_\_

¿Alimento que le hace daño?

Ninguno hasta el momento \_\_\_\_\_

Cambio actual en el apetito:

Si

No

Observaciones: \_\_\_\_\_ El apetito aumenta cuando estoy nerviosa \_\_\_\_\_

Ingesta de cafeína

Si

No

Frecuencia

Talla

Peso

somatometria

### ESTADO DE BOCA Y ENCÍAS.

Color Rojo

Humedad Si Hidratadas

Lesiones Ninguna

Dentadura                      Completa                      parcial                      Incompleta

Superior	Si		
Inferior	Si		

Utilización de prótesis

Si

No

Otros: \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

**ELIMINACIÓN.**

¿Ritmo intestinal habitual?  
Con peristalsis presente y rítmica.

Alteración Actual:

Estreñimiento  SI

Diarrea  No

Incontinencia  No

**Remedio para la Alteración**

Líquidos  Si

Alimentos  No

Enema  No

Fármacos  Si

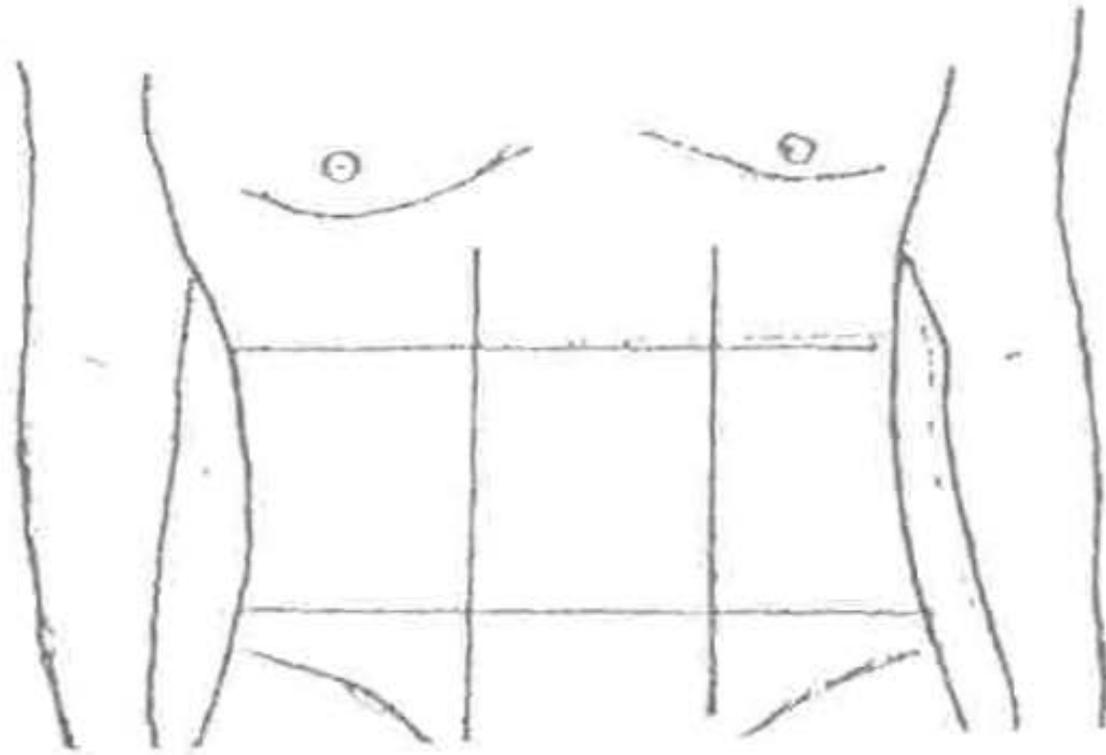
Ruidos Intestinales

Si

No

Características: Se escuchan ruidos peristálticos normales

**LOCALIZACIÓN:**



**CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES.**  
(Datos Históricos)

Color Amarillo

Olor Característico

Consistencia normal

(Datos Actuales)

Color Amarillo

Olor Característico

Consistencia Normal

Frecuencia Cada tercer día

**CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA**  
(Datos Históricos)

Color Amarilla

Olor Amoniaco

PH 6.0

(Datos Actuales)

Color Amarilla

Olor Amoniaco

PH 6.0

Tira Reactiva  Si

Sonda Foley  Si

No  x

Cantidad en:

1 hora

12 horas

24 horas

Presencia de :

Anuria  No

Disuria  No

Polaquiuria  No

Hematuria  No

Otros: Ninguno

**SENTIMIENTO.**

Dolor Malestar.

¿Desde el inicio de su enfermedad ha empezado a tener dolor?

Si

No

Intensidad del dolor

+

++

+++

¿En que parte(s) del cuerpo le da el dolor?

Abajo en el vientre y el pubis son como tipo cólicos

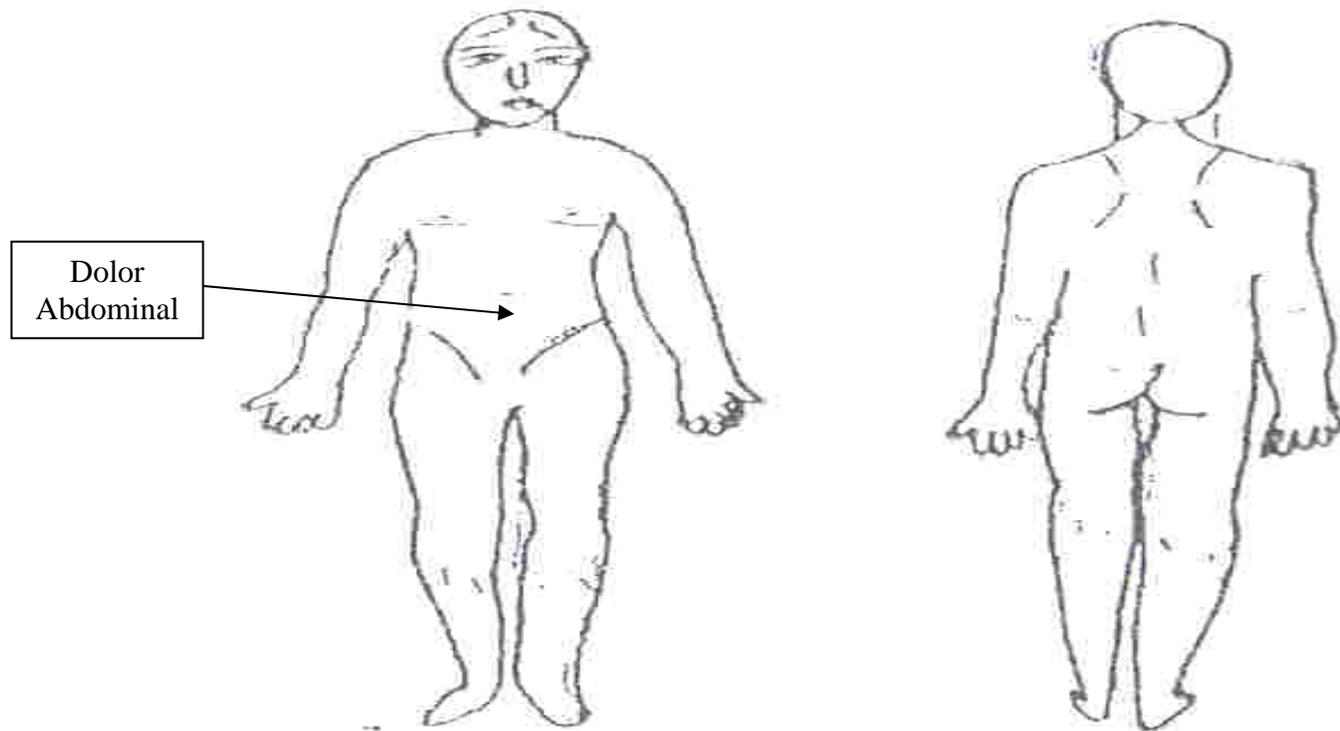
¿Se agrava el dolor con alguna cosa?

Si con los movimientos de la cama

¿Con qué mitigas el dolor?

Con inhibidores

**Localización:**



**COMUNICACIÓN.**

Función de Lectura.

No  Normal Si  Dificultad No  Incapaz

Función de Escritura:

No  Normal Si  Dificultad No  Incapaz

Función de Habla:

No  Normal SI  Dificultad No  Incapaz

Observaciones: Ninguna

**-MOVIMIENTO.**

Percepción Sensorial

Alteración

Vista	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Oído	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Olfato	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Gusto	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Tacto	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Reflejo	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

Observaciones: Ninguna

Auto cuidado:

Actividad Independiente Total

 Si

Práctica ejercicio

 NO

Actividad ayuda con aparatos

 Si

Silla de ruedas

Actividad ayuda con personas

 Si

Actividad ayuda con aparatos y personas

 Si

Dependencia Total

 No

ACTIVIDAD.

Fatiga

Si

No

Debilidad

Si

No

## REPOSO

¿Cuántas horas duermes normalmente por noche?

5 horas

¿Siente descanso al despertar?

Algunas veces

¿Auxiliares del sueño?

No

## CONSERVACIÓN DEL ENTRONO

Distribución de cuartos que tiene su casa

Tiene:

Cocina

Si

Baño (s)

Si

Escalera

Si

Cuenta con:

Agua

Si

drenaje

Si

Luz eléctrica

Si

Tiene animales

Si

No

X

Se encuentra

Dentro de la casa

NO

Fuera de la casa

NO

La casa es:

Propia

SI

Rentada

No

Otros:

No

## **CONSERVACIÓN DE LA SALUD.**

¿A qué servicio de salud tiene accesos?

Al Instituto Mexicano seguro social (IMSS)

¿A qué servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?

A Ninguna otra

¿En qué servicio la han atendido en esta unidad?

En el servicio de ginecología

## RELACIONES.

Estado civil Casada

Vive con: Familia  Sí  No Sólo  No  otros  No

Tienes hijos Sí  x  No

Edades 3 años.

Sexo: Femenina

Trabaja actualmente Sí  No  x

Ocupación Hogar

Agrado por la ocupación Sí  x  No

Preocupaciones laborales Sí

Preocupaciones laborales Sí

Gasto energético Físico  x  No Mental  X

Estudia Sí  No  x

Carrera Licenciada en administración de empresas.

Preocupaciones por el estudio NO

**RELACIONES SEXUALES.**

Mujer:

Menarca

Menopausia

- Frecuencia con que tiene relaciones sexuales:  
2 veces a la semana

Posibilidad de embarazarse Si

No

**HISTORIA DE EMBARAZO (S).**

Gestaciones

Abortos

Parto (s) normales

Cesarea (s)

Problemas con el embarazo. SI ; amenaza de aborto y parto prematuro

**CONOCIMIENTO.**

Antecedentes de Salud.

¿Qué problemas importantes de salud ha tenido anteriormente?

Ninguno

¿Cuál es su enfermedad actual?

Amenaza de parto prematuro

¿Cuál fue la causa que le ocasionó la enfermedad?

Estaba haciendo mis cosas cuando me dio el dolor

¿Qué malestar le ocasionó la enfermedad?

Dolor de cadera, abdomen y piernas.

**-FACTORES DE RIESGO.**

¿Tienes antecedentes familiares de hipertensión o diabetes?

Si

Fuma

Si

No

¿Cuántas cajetillas al día? Ninguna

¿Consume alcohol? Si

No

¿Con qué frecuencia  - - - -

¿Frecuentemente se encuentra estresada Si

No

¿Qué hace para mitigar el estrés? Ponerme a leer , caminar o tejer

**-PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD.**

Esta enterada la paciente de su problema actual de salud Si

No

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de Enfermería en esta unidad?  
Reposo absoluto en su habitación, dieta normal, abundantes líquidos, la toma de signos vitales por turno, baños de esponja, orientación sobre su padecimientos y los cuidados que debe de tener a su egreso, la importancia de la toma de sus medicamentos horario.

¿Sabe para qué le sirven esos cuidados?  
Si para mi bienestar y mi salud.

¿Le soy de utilidad?  
Si de mucho.

**-MEDICACIÓN ACTUAL.**

¿Qué medicamentos toma actualmente?

Iberet 500mg, Hierro y Acido Fólico, casec polvo vía oral y tres veces al día con los alimentos y el casec polvo y cucharada en un vaso de leche por la mañana, Ampicilina 1 gm. V.o. una cada 8 hrs., Gentamicina de 80mg i.v cada 8 hrs.

¿Con que frecuencia?

Una diaria por un mes y otra tres veces al día

¿Sabe para que le sirven?

Si. Para el dolor y la infección de vías urinarias \_\_\_\_\_

**DISPONIBILIDAD.**

Disponibilidad de la paciente por aprender

Si

No

Solicita información

Si

No

Memoria Intacta  SI

Sólo reciente  No

Sólo remota  No

## ELECCIÓN

-Participación.

Aceptación de la Enfermedad

Si

No

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico.

Si

No

Aceptación del paciente por modificar actitudes personales y de entorno para prevenir enfermedades.

Si

No

## JUICIO

Aceptación del problema

Si

No

¿Toma usted las decisiones en caso de presentársele algún problema?

Si

No

¿Quién?

Junto con mi esposo

## **AFRONTAMIENTO.**

¿Cómo resuelve habitualmente sus problemas?

Con su marido para platicarlo y buscar soluciones al problema

## **SENTIMIENTO**

EMOCIONAL, INTEGRIDAD, ESTADO.

¿Recientemente le han ocurrido cosas que la estresan?

Si lo que valla a suceder con mi embarazo y los riesgos en los que están mis gemelas

¿Sientes ansiedad?

Si

No

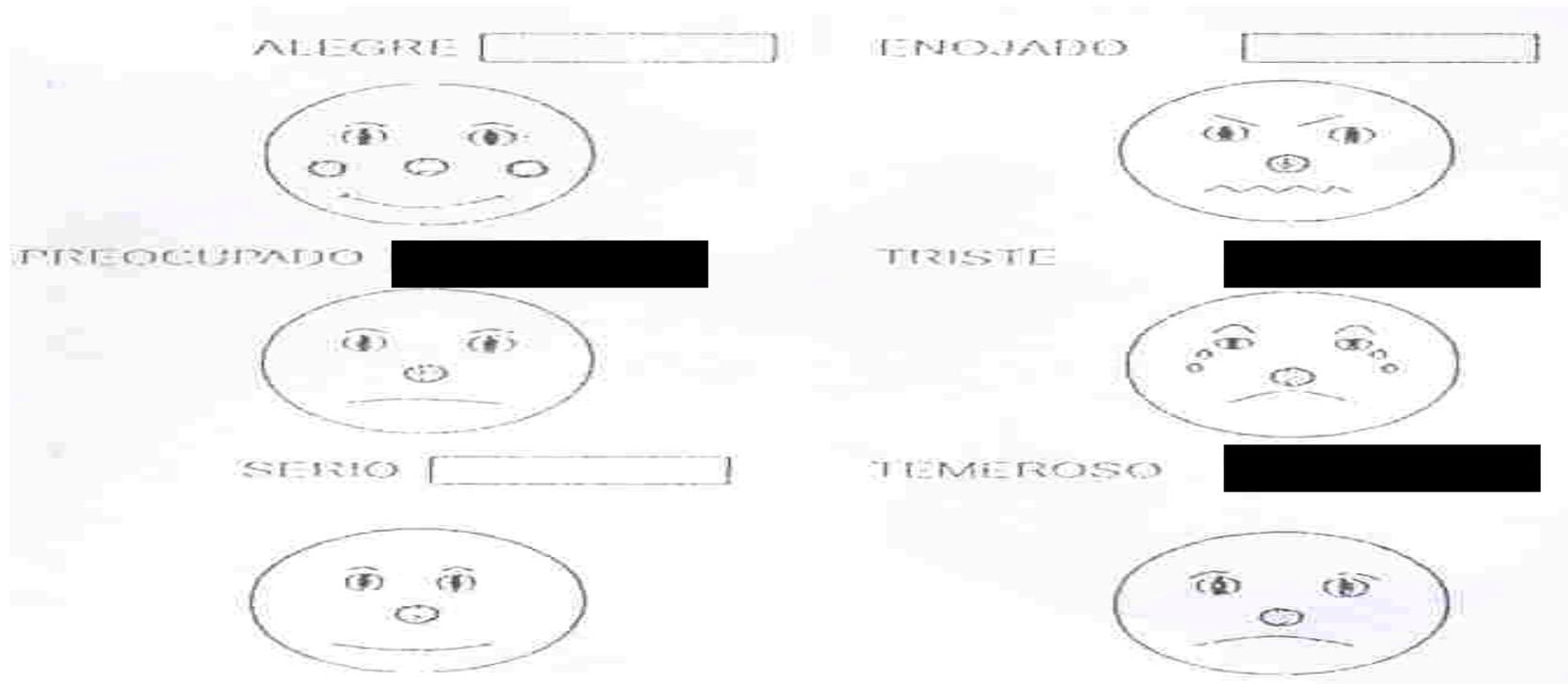
¿Se siente afligida?

En ocasiones

¿Qué hace para relajarse?

Me pongo a tejer, bordar o leer.

Observaciones: En momentos estresantes consumo mayor cantidad de alimentos e ingesta acalórica



Otros: Los estados de animo son diferentes dependiendo el momento y las circunstancias que presente tanto económicas como sociales

## PERCEPCIÓN.

Concepto de uno mismo

¿Cómo es su manera de ser habitualmente?

Soy una persona muy alegre y ansiosa por mi embarazo.

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad?

Si por que quiero que se logren mis bebes y estoy muy preocupada y angustiada por que ya he tenidos tres abortos y por eso mi forma de pensar y mi comportamiento ante la gente.

## RELACIÓN.

-SOCIALIZACIÓN

¿Facilidad para relacionarse con otras personas?

Si, porque soy una persona que me gusta tener amistades.

Persona que le pueden ayudar

Mi esposo y familiares

Convivencia con grupos.

Si

Actividades que realiza cuando está solo?

Estar en mi casa; oír música y leer

**VALORACIÓN.**

Preferencia religiosa

Católica

Práctica religiosa

No

Práctica cultural

No

Tradiciones Familiares

Si

Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus prácticas religiosas y/o culturales

No

## VI.- PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

USUARIA: J I M .

EDAD: 31 años.

GENERO: Femenino

SERVICIO: Ginecología

FECHA DE ELABORACIÓN: 09 de febrero 06

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Fatiga, relacionado con estados de enfermedad, manifestado por la percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales.

**RESULTADO ESPERADO:** Conservación de la energía.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar el sueño</li></ul> <p>-Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.</p>	<p>Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecer necesariamente cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto mental como físico)</p> <p>Las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo. Los requerimientos de sueño están influidos por:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- La edad: los adolescentes y adultos generalmente necesitan dormir de 7 a 9 horas diarias.</li><li>2.- Características fisiológicas individuales.</li><li>3.- El estado de salud y el nivel de tensión</li><li>4.- El acondicionamiento.</li></ol>

	<p>El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso, cuando existen periodos de aumento o disminución de la excitabilidad nerviosa todo el organismo se encuentra afectado.</p> <p>El sueño tiene dos fases: el sueño de movimientos ocular lento y el sueño de movimiento ocular rápido, durante un periodo de sueño de 7 – 8 horas hay generalmente de 3 a 4 periodos de sueño, estos tienden a ocurrir cada uno o dos horas y pueden durar de cinco a una hora.</p> <p>El sueño de movimiento ocular lento proporciona el descanso y el restablecimiento del organismo.</p> <p>La enseñanza para la promoción del descanso y del sueño adecuados deben tener como bases:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) La variación en las necesidades de sueño durante las etapas de la vida y las variaciones individuales.</li><li>b) Métodos comunes para ayudar al mejoramiento del sueño.</li><li>c) La importancia de satisfacer las necesidades de descanso y sueño durante la vida.</li><li>d) Las diversiones y la relación y el evitar las tensiones emocionales prolongadas o excesivas.</li><li>e) Un programa balanceado de ejercicios físicos durante la vida.</li><li>f) Fomentar el sueño y el descanso durante las enfermedades y la convalecencia.</li></ul>
--	---

	<p>Se debe favorecer el sueño y el descanso mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un ambiente estimulante.</li><li>• La comodidad física.</li><li>• Bienestar psicológico.</li><li>• La relajación muscular.</li><li>• Actividades físicas y mentales alternadas durante las 24 horas.</li><li>• Evitar las actividades estimulantes antes de acostarse.</li><li>• Métodos que favorezca el sueño individual.</li></ul> <p>• La administración de medicamentos relajantes según se necesitan.</p> <p>PREPARACIÓN PARA EL SUEÑO.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer o fijar una hora regular en la que el paciente esta dispuesto a dormir</li><li>• Eliminar en lo posible las distracciones ocasionadas por ruidos luz o ventilación inadecuada</li><li>• Vigilar que el cuarto del paciente este oscuro.</li><li>• Inducir la relajación física por medio de un baño caliente, una taza de leche tibia, lectura tranquila, música suave.</li></ul> <p>Las condiciones físicas de un individuo limita o incrementa su nivel de energía, resistencia y fortaleza para funcionar no solo físicamente sino también en todas las áreas de la vida.</p>
--	---

## INDEPENDIENTE

- Fomento al ejercicio.

-Animar al individuo a empezar o continuar el ejercicio.

El funcionamiento físico de una persona es la base de la que parten sus esfuerzos existenciales, su fuente de energía y potencia, desde este punto de vista mejorar la condición física no solo es importante, sino también necesaria para el funcionamiento existencial.

Los resultados de varias investigaciones indican que el mejoramiento de la condición física puede promover la autoestima, reducir el problema conductuales y aumentar la eficiencia en el terreno social así como favorecer el funcionamiento físico.

El entrenamiento físico en rehabilitación es un componente esencial de un programa completo de ajuste personal.

El entrenamiento para la buena condición física también se puede considerar dentro del contexto de la recreación terapéutica y puede dar lugar a los beneficios específicos siguientes:

1.- Participación placentera; mientras más participe un paciente en actividades que obtenga experiencias gratificadoras, más alto será el nivel de entusiasmo y más disminuirá la fatiga.

2.- Por naturaleza las actividades recreativas requieren de un cierto grado de participación o implicación de esta emerge una atención y preocupación saludable por uno mismo.

## INTERDEPENDIENTE

- Manejo de la nutrición.

-Proporcionar al paciente alimentos nutritivos ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.

En la nutrición se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales que provean lo necesario para:

- La construcción, conservación y reparación de tejido corporal.
- Síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo.
- La producción de energía.

Los alimentos se necesitan casi continuamente, pero se deben ingerir de manera que puedan ser absorbidos por el aparato gastrointestinal.

En el hipotálamo existen centros de hambre y la saciedad, el centro de hambre inicia una búsqueda de alimento mientras que el centro de la saciedad inhibe al centro de alimentación.

El centro de la alimentación está relacionado con el estado nutricional del individuo y o particularmente sensible a la disminución de la concentración normal de azúcar en la sangre.

La enseñanza para la promoción de una nutrición adecuada y un buen funcionamiento del aparato gastrointestinal debe tener bases:

- Una dieta bien balanceada y nutritiva a lo largo de la vida evitando el exceso de calorías y otras sustancias nutritivas que pueden ser tóxicas (vitaminas A y D)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un horario regular para efectuar las comidas y con tiempo para llevar acabo una buena masticación.</li><li>• Relajarse y evitar tensiones emocionales antes, durante y después de los alimentos.</li><li>• Reajuste en cuanto el número y la frecuencia de las comidas.</li></ul> Comer y beber en pequeñas cantidades y a tiempo.
--	--

**EVALUACIÓN:**

Se observa que por medio de estas intervenciones la paciente puede regular temporalmente se energía, ya que ocasionalmente tiene fatiga.

USUARIA: J I M .

EDAD: 31 años.

GENERO: Femenino

SERVICIO: Ginecología

FECHA DE ELABORACIÓN: 09 de febrero 06

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.** Estreñimiento, relacionado con disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, manifestado por la eliminación de heces duras, secas y formada

**RESULTADO ESPERADO:** Eliminación intestinal.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>
<p>INTERDEPENDENCIA.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Manejo de la nutrición.</li></ul> <p>-Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibras para evitar el estreñimiento.</p>	<p>El intestino de adulto es de unos 150 cm. De longitud, y esta constituido por ciego, colón y recto la válvula ileocecal que separa al intestino grueso del delgado funcionan en un dirección solamente de manera que la materia fecal se mueve siempre hacia el intestino grueso.</p> <p>El colón está dividido en ascendente, transverso descendente y sigmoides, el recto mide unos 15 cm. De longitud y termina en el ano, los esfínteres interno y externo, inervados por el sistema nerviosos central controlan la abertura y cierre del ano, la relajación y contracción de músculos involuntarios del intestino producen peristálsis, que mueve la materia fecal hacia el recto.</p> <p>Las terminaciones nerviosas sensitivas del recto son</p>

	<p>estimuladas cuando a este llega materia fecal, y en este momento a parece deseo de defecar, la defecación es un acto, voluntario producido por contracción de los músculos abdominales. Sino hay defecación puede absorberse el agua de la materia fecal y aparecer estreñimiento por aumento de la dificultad de evacuar.</p> <p>La frecuencia de la evacuación es controlada en cierto modo por el tipo de alimentos que se ingieren y por la cantidad de líquidos que llegan al organismo.</p> <p>Hay estreñimiento cuando están retrasados los movimientos intestinales y se presentan síntomas como perdida de apetito, cefalea, distensión abdominal y molestias al respirar.</p> <p>El deseo de defecar producción por el paso de materias fecales al recto, es de breve duración y si no se atiende inmediatamente desaparece, de esta manera las heces pierden más agua, se endurecen y es más difícil la defecación.</p> <p>Si el estreñimiento se agrava puede llegar a la retención total y causar el trastorno llamado “obstrucción intestinal”.</p> <p>Se da el nombre de fibra dietética a un conjunto muy amplio y heterogéneo de compuestos presentes en los compuestos de origen vegetal, la mayoría de ellos polisacáridos que no pueden ser digeridos por las enzimas del tracto gastrointestinal humano.</p>
--	--

	<p>La fibra dietética cumple un papel muy importante en la fisiología del aparato digestivo y que su ingestión insuficiente es un factor de riesgo de numerosas enfermedades crónicas de prevalencia creciente, la presencia de fibra dietética en un alimento diluye los demás componentes y nutrientes, cuya concentración es menor de la que había sin la presencia de fibra dietética se ha comprobado también que las fibras dietéticas producen saciedad mas temprana y duradera la que conduce a la postre a un consumo menor de alimentos más diluidos en general las fibras dietéticas estimulan la salivación, además tienen las siguientes propiedades y efectos específicos:</p> <p>1.- Retención de agua. En particular las hemicelulosas y ligninas, absorben agua, lo que se traduce en mayor volumen y suavidad de las heces, en un tránsito intestinal más rápido y en menor presión intraluminal. Por lo contrario la ingestión insuficiente de estos dos tipos de fibra produce estreñimiento ( heces escasas y duras, Tránsito lento (que contribuye al estreñimiento y favorece un contacto más prolongado de sustancias indeseables carcinógenas por ejemplo con la pared del colon) y excesiva presión intraluminal que a lo largo favorece la formación de divertículos.</p> <p>2.- Viscosidad: Las gomas y las pectinas elevan la necesidad del contenido del tubo digestivo, lo que retrasa el vaciamiento gástrico y reduce o retarda la absorción intestinal de los nutrientes, en particular de la glucosa y el colesterol, así como de las sales biliares, lo anterior reduce</p>
--	---

	<p>el índice glucémico y la colesterolemia.</p> <p>3.- Fermentación cecal: Las fibras solubles llegan a fermentarse completamente y la celulosa suele fermentarse en 50%, pero el resto de las fibras no se fermentan, la fermentación eleva la población de microorganismos de la flora intestinal y con ello el volumen de las heces, por otro lado la fermentación favorece el metabolismo.</p> <p>Todos los alimentos de origen vegetal contienen fibra dietética aunque, por supuesto, en diferentes concentraciones y diferentes proporciones de solubles e insolubles, en términos generales las insolubles predominan en las semillas maduras (cereales, leguminosas, oleaginosas) y las solubles predominan en los tejidos frescos (verduras y frutas).</p> <p>El estreñimiento, las hemorroides y la diverticulosis del colon pueden asociarse con la menor retención del agua y la menor fermentación cecal, a la obesidad contribuirían el menor efecto de saciedad y la mayor densidad energética de la dieta.</p> <p>El déficit de la fibra dietética debe corregirse promoviendo el retorno al uso de cereales integrales y las frutas y verduras, así como al mayor consumo de leguminosas, estas medidas son practicables y económicas y conllevan otros beneficios para la salud además de mejorar la ingestión de fibras.</p> <p>Los cambios de las dietas se deben iniciar cuando no exista</p>
--	---

<p>INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de ejercicios ambulaci3n.</li> </ul> <p>-Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.</p>	<p>impactaci3n fecal y consiste en aumentar el consumo de frutas y verduras, leguminosas, cereales integrales y l3quidos tres litros diarios.</p> <p>La fisiolog3a ha demostrado que la actividad f3sica es una necesidad para el buen funcionamiento del organismo estudiados las funciones org3nicas se comprueba que el ejercicio f3sico moderado las favorece, pero no se ha demostrado que la actividad f3sica intensa rebeneficia al organismo.</p> <p>Se denomina ejercicio f3sico al conjunto de fen3menos mec3nicos musculares que determinan la actividad del aparato locomotor.</p> <p>El punto de partida es una excitaci3n nerviosa, una orden cerebral, a un reflejo involuntario, que provoca la contracci3n muscular la que a su vez da lugar y movimiento.</p> <p>Toda forma de actividad es ejercicio, ya sea en relaci3n con el trabajo que diariamente realizamos o con los deportes que practicamos.</p> <p>Las acciones principales del ejercicio f3sico se efectúa sobre la nutrici3n de los tejidos sobre la nutrici3n org3nica o reparadora realizada base de sustancias practicas y sobre la nutrici3n din3mica o activadora.</p> <p>Los efectos del ejercicio sobre el aparato respiratorio son favorables cuando no es exagerado, promoviendo el desarrollo del t3rax y de la capacidad respiratoria, las</p>
--	---

	<p>contracciones musculares, por congestión activa y pasiva hacen pasar tres y cuatro veces mas sangre al aparato circulatorio, esta circulación rápida tiene un efecto favorable sobre el organismo promoviendo el tono vascular durante el ejercicio, no sólo se activa la circulación si no que también aumenta la presión arterial, que baja a lo normal cuando hace el ejercicio, todo esta actúa como un verdadero entrenamiento para la musculatura del sistema cardiovascular.</p> <p>Sobre el sistema nervioso los ejercicios actúan perfeccionando el sentido muscular la coordinación y las funciones automáticas de la médula. Sobre la psiquis no tiene acción directa, pero constituye una medida de higiene mental a través del mejoramiento de la circulación cerebral, general, el cerebro al igual que los músculos, desarrolla trabajos y ejercicios y en esta forma, aumenta la capacidad mental del individuo.</p> <p>En la piel el ejercicio promueve una gran actividad, promueve la circulación superficial como mecanismo regular de la temperatura aumentando la transpiración. Durante el ejercicio el exceso de temperatura se contrarresta por la evaporación cutánea aumentando, después del ejercicio deben evitarse las perdidas excesivas de calor que conducen a enfriamientos bruscos del cuerpo.</p> <p>Cuando se hace poco ejercicio puede disminuir la acción peristáltica y los músculos del intestino pueden perder su tono, la inactividad prolongada contribuye al estreñimiento, estar sentado mucho tiempo causa hemorroides, un poco de</p>
--	--

<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>-Administración de medicamentos oral lactulosa 2 cucharadas por la noche.</p> <p>_Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos</p>	<p>ejercicio diario ayuda a mejorar el tono muscular, el caminar después de las comidas ayuda a estimular la acción peristáltica.</p> <p><u>INDICACIONES TERAPEUTICAS:</u> Lactulax esta indicada en el tratamiento de la constipación intestinal crónica ya que gracias a su mecanismo en la peristalsis colónica y reblandecimiento (rehidratación), de las heces.</p> <p><u>FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMICA:</u> Lactulax es probablemente absorbido del tracto gastrointestinal, ya que no existe una enzima hidrolizadota de esto LACTULAX llega virtualmente sin cambio al colón en donde las bacterias de la flora colónica normal (lactibacilos acidófilos y lactobacilos bifidus), lo desdoblan y lo transforman a ácidos, incrementando la presión osmótica y acidificación del contenido colónico, dando como resultado un aumento en el contenido de agua y reblandecimiento de las heces dentro de las 24 a 48 horas después de haberlo ingerido. Posterior a la administración de LACTULAX jarabe a humanos y animales de experimentación, se detectaron sólo pequeñas cantidades de lactulosa en sangre (menos del 3%) y éste es completamente eliminado por vía urinara dentro de las 24 horas.</p> <p><u>CONTRAINDICACIONES:</u> Ya que LACTULAX contiene galactosa (menos de 2.2 grs por 15 ml) esta contraindicado su uso en pacientes que requieren de una dieta baja en galactosa, hipersensibilidad.</p>
---	--

Síndrome de abdomen agudo y oclusión intestinal.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

Lactulax contiene galactosa (menod de 2.2g/15 ml) y lactosa (menos de 1.2grs/15ml), por lo que debe ser usado con precaución en paciente diabeticos.

En pacientes que requieren ser sometidos a un procedimiento con electrocauterio durante proctoscopia o colonoscopia se deberá tener en mente que se pueden encontrar concentraciones significativos de gas en el recto y el riesgo teórico de una reacción explosiva en la presencia de una chispa eléctrica a pesar de que esta complicación no se ha reportado con lactulosa, los pacientes en tratamiento bajo estos procedimientos deberán realizarse un lavado con solución no fermentable e insuflación de Co2 como medida de seguridad.

A pesar de que estos datos no reportan alteraciones deberá valorarse su uso en mujeres embarazadas se desconoce si LACTULAX se excreta por la leche materna, por lo tanto al igual que con otros medicamentos se debería tener precaución a la administración durante este período no se conocen datos de potencial mutagénico o alteraciones sobre la fertilidad de LACTULAX en humanos bajo el tratamiento a largo plazo.

	<p><b><u>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</u></b> Se puede presentar flatulencia y cólicos intestinal al inicio del tratamiento con características transitorias cuando la dosis es excesiva puede producirse diarrea que potencialmente pudiera condicionar pérdida considerable de líquidos con la consecuente hipocalcemia e hiponatremia. Otros efectos como náuseas y vómito se han reportado aisladamente.</p>
--	--

## **EVALUACIÓN**

El resultado de las intervenciones sobre la nutrición y el ejercicio además del uso del laxante fue satisfactorio para la paciente, ya que se observó más número de evacuaciones disminuyendo los síntomas del estreñimiento.

USUARIO:           JIM           EDAD: 31 años           GENERO: Femenino.

FECHA DE ELABORACIÓN: 09 de Febrero del 2006. SERVICIO :Ginecología.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Dolor relacionado con agente lesivo físico manifestado por informe verbal.

**RESULTADO ESPERADO:** Control del dolor.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>
<p data-bbox="349 879 607 911">INDEPENDIENTES</p> <p data-bbox="315 983 562 1015">· Manejo del dolor.</p>	<p data-bbox="1111 847 1906 983">El dolor suele estar asociado a la percepción de un daño que se ha producido en nuestro cuerpo, en este sentido el dolor sería la percepción del daño, pero entre el daño y el dolor intervienen una serie de factores de tipo psicológico.</p> <p data-bbox="1111 1018 1906 1249">El dolor tiene la función de avisarnos para que hagamos algo que consiga reparar el daño físico que pensamos que los genera y el dolor es una sensación generalmente y como indicio de un mal amenazante. Por eso una reacción natural en el hombre es el miedo al dolor, un miedo al dolor que es adaptativo porque nos impulsa a evitarlo y eliminarlo.</p> <p data-bbox="1111 1254 1906 1316">El dolor se libra en nuestro propio cuerpo y en el generamos cambios para conseguir disminuirlo.</p>

	<p>Así modificamos nuestra respiración, postura o incrementamos la tensión muscular los que nos ayudan muchas veces a soportarlo.</p> <p>Estas conductas mantenidas a largo tiempo acaban incrementando el problema y amplían el impacto del dolor, son reacciones automáticas, pero no por ello menos dañinas, y intentan controlar el dolor pero en realidad nos lo producen más.</p> <p>El dolor es uno de los síntomas y signos más comunes de la enfermedad, debido a la irritación y estimulación de los nervios que transmiten las sensaciones dolorosas al cerebro, el dolor representa un mecanismo protector al organismo generalmente anuncia la enfermedad o lesión de alguna parte del cuerpo ya que hay una clasificación donde valorar el dolor.</p> <p>Los tipos de dolor pueden ser clasificados de la siguiente manera:</p> <p><u>Superficial:</u> este se puede percibir ardoroso o punzante y se presenta por estimulación de los nervios receptores de la piel y mucosas.</p> <p><u>Profundo:</u> este se valora por que depende de estructuras más profundas, como lo son en el músculo, tendones y aponeurosis este se describe como un calambre.</p> <p><u>Visceral:</u> este puede percibirse en el órgano en si o en otros sitios alujados de la visera afectada.</p> <p>El dolor en ocasiones es específico del órgano afectado ya</p>
--	---

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>· Apoyo emocional.</p>	<p>que el dolor suele originar sensación de cólico o calambre, la piel que rodea un área lesionada es mucho más sensible a la percepción del dolor se altera por el nivel de conciencia ya que los enfermos inconscientes por anestesia no sienten el dolor.</p> <p>Factores psicológicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia dolorosa anterior</li> <li>• El grado de amenaza por la vida.</li> <li>• El grado en que el individuo puede entender sobre el origen y el significado del dolor.</li> <li>• El tipo de personalidad del individuo en relación con sus reacciones hacia los estímulos.</li> <li>• Las actitudes valores y patrones para reaccionar que ha aprendido.</li> <li>• La presencia de otros estímulos que producen tensión.</li> <li>• La cantidad de atención que se le presenta al dolor ya que este le afecta en su totalidad al individuo.</li> </ul> <p>El apoyo emocional consiste en la presencia de las personas más a llegadas ya que al socializar más con su familia, aumenta la capacidad del cliente, la cual controla el dolor ya que se siente apoyada por la familia por estar presente en estos momentos donde los seres queridos la acompañan.</p> <p>Hay tres puntos elementales que se necesitan para evitar el dolor son:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Postura correcta.</li><li>• Mente despejada.</li><li>• Ambiente tranquilo.</li></ul> <p>Es importante tener los tipos de comportamiento que comúnmente se asocian al dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Llanto y otras expresiones verbales que indiquen dolor.</li></ul> <p>Expresión facial de tensión y ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Posiciones o movimientos poco usuales</li><li>*Sudoración.</li><li>*Cambios de los signos vitales.</li><li>*Comportamiento emocional extraño.</li></ul> <p>La intensidad el dolor que puede percibir una persona durante o inmediatamente después de algún procedimiento doloroso puede reducirse mediante la explicación adecuada de lo que se va estar haciendo. El permanecer con la paciente es importante para informarle y responderle de las sensaciones que puede percibir y la ansiedad que sienta y se pueda relajar y estar tranquila.</p> <p>Algunas actividades secundarias que se pueden dar a nuestros pacientes para evitar el dolor son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cambios de posiciones.</li><li>• Un soporte adecuado de todas las partes del cuerpo</li><li>• Administración de relajantes musculares.</li></ul> <p>Estos cuidados pueden tener como objetivo el aliviar el dolor y ayudar a evitar estímulos como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Reducir los estímulos ambientales perturbadores como luces brillantes, ruidos visitantes i pacientes cercanos lo cual puede ser útil para disminuir el dolor agudo.</li><li>*También puede disminuir el dolor ,la presión ejercida</li></ul>
--	--

	<p>contra el área y alrededor o sobre la porción afectada.</p> <p>*Otro método que puede ser de utilidad para reducir el dolor es distraer la atención del paciente hacia otros objetos que no sean el dolor, proporcionándole algún tipo de material interesante que requiera atención este puede ser televisión, leer, escribir, platicar con visitantes o efectuar artes manuales.</p> <p>*Los cuidados que tienen por objeto es aliviar el dolor deben de disminuir la ansiedad del paciente y favorecer la adaptación de este a la situación existente, y cuando la ansiedad del paciente aumenta conforme al dolor se intensifica, puede ser útil la administración de inhibidores y se debe favorecer el descanso físico del paciente.</p>
--	---

**EVALUACIÓN:**

La atención psicológica y la distracción y administración de inhibidores, le brindaron mayor estabilidad obteniendo así una respuesta satisfactoria y la disminución del dolor.

USUARIO: J I M.

EDAD: 31 años.

GENERO: Femenino SERVICIO: Ginecología FECHA DE ELABORACIÓN: 09 Febrero 06

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Ansiedad relacionado con necesidades no satisfechas, manifestado por irritabilidad, desconcierto, temor, inquietud.

**RESULTADO ESPERADO:** Autocontrol de la ansiedad.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la ansiedad.</li></ul> <p>-Identificar los cambios en el nivel de La ansiedad.</p>	<p>La ansiedad se considera como una forma modificada del miedo, tanto la ansiedad como el miedo son respuestas emocionales de un individuo, a la amenaza de un peligro real o imaginario.</p> <p>Solía considerarse que existía una diferencia entre la ansiedad y el miedo, porque este último fenómeno ocurre en reacción a peligros que se conocen y se pueden identificar, mientras que en la ansiedad no existen causas bien definidas a las que el sujeto puede atribuir la</p>

	<p>intranquilidad que acompaña a la ansiedad.</p> <p>La gente necesita ayuda para mantener su equilibrio emocional y afectado por el stress de la enfermedad. Este apoyo psicológico ayuda al paciente a mantener un equilibrio emocional que lo conducirá a la recuperación y esto se considera en gran parte responsabilidad de la enfermera, que por esta acción se convierte en la persona que cuida al paciente y mantiene un ambiente que ayuda a su restablecimiento, cuidar la comodidad física y ayuda a disminuir los temores y ansiedades que acompañan a la enfermedad.</p> <p>Se acepta cada vez más que la comodidad y atención del paciente son tan importantes para su recuperación como el desempeño experto de las técnicas de enfermería.</p> <p>La motivación es indispensable para la recuperación, ya que es muy difícil curar a un paciente que no quiere sentirse bien. Se considera, por lo general que el paciente excesivamente temeroso corre un grave riesgo quirúrgico.</p> <p>La enfermera debe conocer las manifestaciones somáticas y conductuales de la ansiedad; ser capaz de reconocerlas, saber cuáles son sus fuentes potenciales y, siempre que le sea posible, tomar las medidas necesarias para evitarlas o disminuirlas, la enfermera no puede, desde luego, prever todos los temores y angustias que puede experimentar un paciente, pero sí puede ayudar a aliviar muchos de ellos.</p> <p>El hombre tiene mecanismos de adaptación que contribuyen</p>
--	---

	<p>a conservar el equilibrio en todos los aspectos del funcionamiento. En lo emocional, pero en forma específica en lo que se refiere al temor, existen mecanismos corporales y mentales que permiten enfrentarse a las amenazas de peligros reales.</p> <p>Cuando el miedo es duradero o de intensidad suficiente, los mecanismos normales no restablecer el equilibrio, y se altera el funcionamiento físico, mental o social.</p> <p><b><u>FUENTES DE ANSIEDAD</u></b></p> <p>Gran parte de la ansiedad que experimentan los pacientes podría evitarse si se eliminara las fuentes potenciales de temor. Otro tipo de ansiedad si no se elimina, al menos se disminuye con la intervención de enfermería. Algunas de las fuentes más comunes de ansiedad para los pacientes son: los obstáculos a la satisfacción de las necesidades básicas, la crisis de desarrollo y otros cambios vitales.</p> <p>Una causa básica de ansiedad son los obstáculos reales, potenciales o imaginarios para la satisfacción de las necesidades básicas. Así pues las enfermedades suelen causar temor, pues el sujeto percibe que se trastorna su funcionamiento. Otra causa de ansiedad que se ha observado en muchos pacientes es el temor a reacciones indeseables de los medicamentos.</p> <p>La persona sana que acude a una institución de salud para un examen físico sistemático también está preocupada por muchos de estos aspectos, pues existe un peligro, a saber, la posibilidad de que se descubra algún trastorno en el</p>
--	---

	<p>enfermo esta ansiedad se acrecienta pues su pensamiento se limita a su estado de salud y sabe que algo anda mal en su organismo.</p> <p>El temor a lo desconocido es una de las causas principales de ansiedad en los que acuden a una institución de salud. Esto válida la sugestión de cáliz que la necesidad de conocimiento es la segunda necesidad básica más importante, la incorporación de las disposiciones para la enseñanza en los planes iniciales y subsecuentes del registro médico orientado a los problemas se debe a que se reconoce la importancia de informar en forma adecuada al paciente estas disposiciones tienen por objeto asegurar lo anterior.</p> <p>El mecanismo fisiológico principal que opera en la ansiedad es la reacción de alarma fundamental. Originalmente se creía que la reacción era debida a un liberación de adrenalina al torrente sanguíneo en respuesta a una emoción fuerte. Sin embargo esta teoría no explica todos los signos y síntomas físicos que se presentan en las personas angustiadas. Actualmente se considera que estos signos y síntomas son resultado del estímulo del sistema nervioso autónomo, la porción simpática es regularmente intenso también puede afectarse la porción parasimpático.</p> <p>Así el individuo ansioso puede manifestar tensión muscular por el estímulo del sistema nervioso simpático, y al mismo tiempo puede tener diarrea debido a la motilidad gástrica causada por la sobre actividad del sistema parasimpático.</p> <p>Hay varios grados de ansiedad, que varían desde una ligera</p>
--	---

	<p>aprensión hasta un pánico exagerado. En su forma leve la ansiedad puede beneficiar, que pone al cuerpo en un estado de alerta, motivación al individuo a tomar alguna acción que alivie.</p> <p>En los signos físicos de ansiedad más fácilmente observables están los cambios circulatorios que ocurren. La actividad del corazón se incrementa, la presión arterial puede elevarse hasta 10mm. De mercurio o más arriba de lo normal, la enfermera puede encontrar que la frecuencia del pulso a aumentado, la frecuencia de los movimientos respiratorios también se altera, bien sea que aumente o que se vuelva irregular, hay palidez de la piel y algunas veces la cara se sonroja, a medida de la superficie de la piel está fría.</p> <p>En algunas personas puede observarse una cara tensa o puños bien cerrados, otras adoptan una postura demasiado rígida, a veces la tensión muscular es revelada por un temblor de las manos o por un tic facial, de los brazos o de los hombros, o por un temblor o escalofríos generalizados a todo el cuerpo, la rigidez de los músculos abdominales y la sensación en el estómago que comúnmente se presenta son resultados de la tensión muscular.</p> <p>La jaqueca es otro síntoma común de la ansiedad las personas sienten alivio de la tensión muscular en diferentes formas, mordiéndose las uñas tamborileando los dedos sobre la mesa o caminando nerviosamente, la inquietud y sobre-actividad son muy frecuentemente clara indicación de que el individuo está ansioso.</p>
--	---

	<p>Muchas personas transpiran excesivamente cuando están en situaciones que provocan ansiedad. Puede ser que las palmas de las manos o las plantas de los pies sean las más afectadas. Esta transpiración excesiva combinada con el frío y la palidez de la piel (causa de la circulación periférica disminuida), origina las típicas manos frías y húmedas de los individuos extremadamente ansiosos.</p> <p>También pueden notarse, como posibles indicaciones de ansiedad, cambios en la forma de hablar de la paciente. Algunas personas, cuando están ansiosas hablan muy rápido o constantemente y algunas veces su voz se hace muy fuerte o muy aguda. En otras personas puede haber vacilación al hablar, puede parecer que tiene dificultad para encontrar las palabras que quiere usar.</p> <p>En la ansiedad la actividad mental es mayor cuando la ansiedad es leve significa simplemente que el individuo está más alerta y el más capacitado para pensar con claridad. Sin embargo a medida que aumenta la ansiedad disminuye la agudeza de la percepción, y no se está consciente de los objetos en el ambiente inmediato, excepto quizá una sola cosa en la cual se enfoca la atención.</p> <p>El sujeto ansioso a menudo no puede concentrarse, su capacidad de atención es breve y tal vez no pueda contestar incluso preguntas sencillas.</p> <p>En el sujeto en el que puede sufrir ansiedad, de la actividad de enfermería, tiene por objeto la prevención y si ya se</p>
--	--

	<p>instaló la ansiedad, u objetivo es una de las tres metas siguientes.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Corregir la emoción</li><li>2.-Reducirla</li><li>3.- Ayudarlo a enfrentarse a ella.</li></ol> <p>Al decidir las intervenciones para prevenir la ansiedad, reducirla o corregirla o ayudar al sujeto a enfrentarse a las precauciones que no pueden resolverse, la enfermera se basa en su evolución y los datos sobre las causas potenciales o actuales de ansiedad. También tomar en cuentas potenciales o actuales de ansiedad. También tomar en cuenta si puede ayudar al sujeto ella misma o si se requiere del auxilio de otro miembro del persona.</p>
--	--

### **EVALUACIÓN.**

Se puede evaluar mejor la prevención o corrección de la ansiedad al observar que desaparecen o disminuyen de intensidad los síntomas y signos físicos al observar la expresión facial tranquila y relajado, reduce la tensión muscular y el paciente nos refiere que la angustia ha disminuido.

USUARIO: J I M .

EDAD: 31 años GÉNERO: Femenino

SERVICIO: GINECLOGÍA

FECHA DE ELABORACIÓN: 09 febrero 06

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Hipotermia relacionada con enfermedad o traumatismo manifestado por reducción de la temperatura corporal por debajo del límite normal.

**RESULTADO ESPERADO:** Termorregulación.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorización de signos vitales.</li></ul> <p>-Observar y registrar si hay signos y Síntomas de hipotermia e hipertermia.</p>	<p>Por lo general, los mecanismos reguladores en la temperatura del cuerpo conservan un equilibrio preciso entre la producción de calor y la pérdida del mismo.</p> <p>La temperatura óptima para la actividad enzimática normal está dentro de los límites de la temperatura corporal, la cual fluctúa entre los 36 y 38° C. con un promedio de 37° C. La función de las células de organismo se altera cuando la temperatura es menor de 34.4° C o mayor de 40° C.</p> <p>La hipotermia deprime todos los procesos metabólicos, la depresión de la función circulatoria puede provocar arritmias cardíacas, incluso llegar a producir paro cardíaco, una depresión grave prolongada de los procesos metabólicos</p>

	<p>conduce a la muerte celular.</p> <p>La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos y la pérdida de calor hacia el ambiente, la producción de calor se debe a reacciones químicas exotérmicas, durante el reposo el hígado es el que produce la mayor cantidad de calor durante el ejercicio los músculos voluntarios producen la mayor cantidad de calor.</p> <p>La tiroxina acelera el metabolismo y por lo tanto eleva la temperatura corporal, el metabolismo basal aumenta un 10% por cada grado centígrado que se eleva la temperatura corporal, así como la estimulación del sistema nervioso simpático acelera el metabolismo de casi todos los tejidos del organismo, los estados emocionales intensos, como la excitación y la ansiedad puede elevar la temperatura corporal</p> <p>El calor se distribuye en el cuerpo por medio de:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Conducción a través de los tejidos.</li><li>2. La sangre circulante.</li></ol> <p>El grado total de calor en un área determinada esta modificada por el flujo sanguíneo de esa área, el cuerpo pierde calor por:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Conducción.</li><li>2. Irradiación.</li><li>3. Conexión.</li></ol>
--	--

#### 4.Evaporación del sudor

La pérdida de calor disminuye por una vasoconstricción periférica intensa, simultáneamente se produce escalofríos cuando el organismo hace un intento para producir más calor los sujetos se estremecen y pueden llegar a temblar, el aumento de la producción de calor es seguido de una vaso dilatación periférica y una sensación incomoda de calor.

1. Puede ocurrir hipotermia cuando hay una expresión prolongada a una temperatura ambiental fría, si ocurre vaso dilatación junto con la exposición (por ejemplo después de haber ingerido alcohol) se pierde calor con mayor rapidez.
2. También puede ocurrir hipotermia cuando se deprime el sistema nervioso central mediante medicamentos.

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería deben orientarse a ayudar al paciente a obtener, conservar o recuperar una temperatura corporal óptima, cuando un paciente presente hipotermia:

- a) Esto puede ser una urgencia médica si la temperatura baja más de 34.4° C.
- b) La temperatura corporal debe elevarse mediante aplicaciones de calor, el ajuste de la temperatura

## INDEPENDIENTE

- Regulación de la temperatura

-Utilizar un colchón térmico y mantas Calientes para ajustar la temperatura Corporal alterada si procede.

ambiental, la eliminación de corrientes de aire, el uso de materiales aislantes alrededor del cuerpo, la ingestión de bebidas y alimentos calientes, la actividad física y fricción de la piel.

- c) Se debe elevar gradualmente la temperatura corporal para prevenir un choque circulatorio por la dilatación demasiado rápido de las arteriolas.
- d) Deben vigilarse estrechamente los signos vitales y reportarlos adecuadamente.

### APLICACIONES DE CALOR.

La aplicación de calor y frío como medidas terapéuticas era de seguro conocida por el estudiante antes de comenzar sus estudios. La aplicación de bolsa de agua caliente en los pies fríos se utiliza mucho para dar bienestar en muchos hogares, sobre todo en los climas invernales. La aplicación de hielo para detener la epistaxis (salida de sangre de la nariz) es también una medida casera bastante común. Además, frotar el pecho con un ungüento o con un linimento descongestionante es un remedio tradicional usado en muchas familias para el tratamiento de los resfríos. Por consiguiente, es probable que el alumno tenga ya experiencia inmediata en alguna de las medidas citadas.

En términos generales, calor y frío se utilizan en el Hospital, al igual que en el hogar, como medios terapéuticos. Sin embargo, en los hospitales estas medidas se aplican por orden del médico, a pesar de que en bastantes ocasiones no son más que medios para proporcionar comodidad a la paciente; si éste es el caso puede dejarse a juicio de la

	<p>enfermera, la cual, según los deseos del enfermo, sabrá como tendrá que hacerse la aplicación. Por este motivo, la enfermera necesita conocer las reacciones fisiológicas que resultan de estas medidas, así como de las posibles reacciones adversas en ciertos casos. Si la enfermera tiene alguna duda respecto a la aplicación de calor y frío, debe consultar al médico para que se la resuelva.</p> <p>Las aplicaciones de calor y frío se usan también en medicina física como parte de las medidas de rehabilitación. En estos casos, los especialistas en fisioterapia se valen de medidas como baño de parafina y baños de torbellino, siempre bajo la dirección del médico.</p> <p>La elección del medio que debe usarse depende de ciertos factores.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Finalidad de la aplicación.</li><li>2. Edad del paciente y el estado en que se encuentran sus tejidos cutáneos.</li><li>3. Salud física general del paciente.</li><li>4. Zona del cuerpo afectada.</li><li>5. Duración del tratamiento.</li><li>6. Equipo que se dispone.</li></ol> <p>El calor se aplica al organismo por varias razones en busca de efectos generales o locales. Efectos locales es el específico sobre una zona determinada, el efecto general es el que recibe el organismo en conjunto como el de un baño caliente.</p>
--	---

	<p>El calor aumenta la circulación en una zona determinada y en consecuencia alivia el dolor motivado por la isquemia. Algunas veces el acumuló de líquidos en un lugar puede causar dolor por aumento correspondiente de la presión, el edema se reduce también con la aplicación de calor. Según mejora la circulación de la sangre el líquido se absorbe con más facilidad desde los tejidos y la hinchazón edematosa se reduce.</p> <p>El calor aplicado aumenta la circulación en la zona correspondiente; en consecuencia, fue de utilidad para mejorar la oxigenación y alimentación de los tejidos, lo que significa en definitiva que éstos tejidos tienen mejor metabolismo y más medios para recuperarse, la mejor circulación en estos casos favorece a la vez la eliminación de sustancias tóxicas y de desechos por la corriente circulatoria.</p> <p>Se sabe que las bebidas calientes intensifican el peristaltismo, el peristaltismo es el conjunto de contracciones ondulatorias de los músculos de las vías digestivas, mediante los cuales se logra que avance su contenido, este peristaltismo aumentando puede utilizarse para ayudar al paciente a que sus hábitos evacuatorias se regularicen.</p> <p>Otra finalidad de la aplicación del calor local es la de ablandar los exudados, los exudados son secreciones producidas por los tejidos. Algunas veces, las secreciones de una herida abierta forman costuras endurecidas sobre la zona. Las compresas calientes se emplean con frecuencia</p>
--	--

	<p>para ablandar dichas costras, de modo que se puedan eliminar con toda facilidad, mediante que en definitiva es una de tantas para proporcionar comodidad al paciente. Del mismo modo, el calor se puede utilizar para distender los músculos estriados y producir comodidad y descanso.</p> <p><b>BAÑOS CORPORALES.</b></p> <p>Los baños corporales y los baños de brazos y pies son medidas terapéuticas para dar calor o aplicar una solución limpiadora en una zona del cuerpo, suelen indicarse para acelerar la supuración, limpiar las heridas abiertas o aplicar una solución medicada en determinada área del cuerpo, la solución salina normal estéril o agua estéril, la temperatura de la solución debe ser de 47.2° C, salvo que el médico ordene otra cosa por una razón específica.</p>
--	--

### **EVALUACIÓN.**

El paciente regula su temperatura después de haber presentado hipotermia, por la aplicación de baño caliente y toma de líquidos calientes.

## VII.- PLAN DE ALTA.

El plan de alta es un sistema de actividades con intención de que el paciente y su familia aprendan cualquier tipo de influencia interpersonal dedicada a modificar la manera de comportamiento del paciente y su familia.

### 1.- FUNDAMENTO.

- 1.- Promover el conocimiento sobre el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.
- 2.- Hacer participe al paciente y a su familias en la atención médica durante la hospitalización.
- 3.- Apoyar a la paciente y a su familia para adaptarse al estrés durante la la época de su enfermedad y padecimiento.
- 4.- Preparar a la paciente y a su familia para su alta del hospital.

### 2.- DATOS PERSONALES.

NOMBRE: JIM	GENERO: FEMENINO	EDAD: 26 años	ESTADO CIVIL: CASADA	RELIGIÓN: CATÓLICA DOMICILIO
DOMICILIO: Circuito Laurel N. 673 Residencial Floresta Irapuato Guanajuato			Nº TEL: 014621118707	TRABAJA: NO
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO: Lucio Espino Guiza			PARENTESCO : Esposo	EDAD: 33 años
DIAGNÓSTICO MÉDICO: AMENAZA DE PARTO PREMATURO		FECHA DE INGRESO: 09 02 06		FECHA DE EGRESO: 15 02 06

3.- INDICACIONES PRINCIPALES	4.- INDICACIONES SECUNDARIAS
<p>1.- Dieta baja en carbohidratos, grasas y más cantidad de fibra y líquidos.</p> <p>2.- Reposo absoluto en su domicilio.</p> <p>3.- No relaciones sexuales.</p> <p>4.- No actividades físicas</p> <p>5.- Baño de esponja</p> <p>6.- Utilizar cremas y humidificadores para la mejorar la sequedad de la piel.</p> <p>7.- Si el estreñimiento es persistente, tomar latulax 2 cucharadas por la noche, permitir periodos de descansos interrumpido, espaciando.</p>	<p>1.- No bañarse en regadera</p> <p>Hacer tres comidas al día, len las que debe incluir, rutas y verduras, cereales.</p> <p>2.- Lavarse las manos antes comer y después de ir al baño.</p> <p>3.- Lavarse los dientes después de cada comida en su propia cama.</p> <p>4.- Es importante no sólo por apariencia personal el tener una vestimenta pulcra si no también influye en el autoestima, por lo tanto es necesario vestir cómodo y limpia.</p> <p>5.- Consumir por los menos dos litros de agua natural en 24 horas.</p>

## VIII.- CONCLUSIONES.

El método enfermero es la herramienta base que permite desarrollarse profesionalmente de manera planeada y organizada, con la cual se obtiene resultados satisfactorios en cuanto al bienestar de cada paciente ya que se aplica de una forma individual, integrando al paciente y familiares y entorno social.

La elaboración de este método fue de vital importancia ya que se pudo lograr una recuperación del paciente por medio de las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería, con esto también observamos y verificamos que las etapas del método fueron realizadas adecuadamente.

Fue de vital importancia mantener comunicación con el paciente, sus familiares y el equipo multidisciplinario de salud, ya que esto promueve a la pronta recuperación del paciente y el poder integrarlo nuevamente a su vida cotidiana con el menor número de secuelas.

Por lo tanto se cumplió el objetivo de este método en un 90%, ya que al realizar la valoración de respuesta humana se debe llevar una buena identificación de necesidades para poder proporcionar intervenciones adecuadas, de lo contrario las intervenciones de enfermería no sería las adecuadas para la mejora del paciente.

También se pudieron satisfacer las necesidades prioritarias del paciente y se pudo proporcionar una guía de cuidados los cuales le ayudarán a mantener un óptimo estado de salud y prevenir que sea ingresado nuevamente a una unidad hospitalaria por tiempo prolongado.

## IX.- GLOSARIO.

**APICAL:**

Relativo a una punta o vértice o localizado en ellos.

**ANURIA:**

Supresión o disminución de la secreción de la orina.

**AMENORREA:**

Ausencia de la menstruación, constituye un hecho fisiológico antes de la menstruación sexual durante el embarazo.

**BARTHOLINITIS:**

Proceso inflamatorio de una o ambas glándulas vestíbulos de barthalin provocado por agentes bacterianos.

**BORRAMIENTO:**

Obliteración del cuello uterino en el trabajo de parto cuando se modifica de manera tal que solo permanece el orificio externo del grado

**CARDIOTOCOGRAFÍA:**

Monitorización en la que se registra en forma continúa la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas.

**CÉRVIX:**

Cuello del útero o matriz cilíndrico de unos 3 cm. De longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

**CIANÓTICA:**

Coloración azul de la piel y mucosas especialmente la debido a nomalias cardiacas causas de la oxigenación insuficiente de la sangre.

**CONTRACCIONES:**

Acción que tiene efecto de contraerse con los músculos, contracción que entraña acortamiento, aparición de tensión o ambas cosas.

**CORDÓN:**

Unión entre el feto y la placenta que contiene 2 arterias y una vena rodeada de la gelatina de wharton.

**COTILEDÓN:**

Parte o unidades de que consta la placenta.

**DISNEA:**

Dificultad en la respiración

**DISQUESIA:**

Defecación difícil o dolorosa especialmente aparece como síntoma en el estreñimiento rectal o proctógeno.

**DISURIA:**

Emisión dolorosa o difícil de orinar.

**EDEMA:**

Acumulación excesiva de líquidos seroalbuminoso en el tejido celular debido a diversas causas: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas.

**EMBARAZO:**

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

**HIPERBILIRRUBINEMIA:**

Exceso de bilirrubina en sangre.

**HIPOTENSIÓN:**

Tensión o presión baja o reducida especialmente de la sangre.

**HIPOTONIA:**

Tensión o tonicidad disminuida, especialmente de los músculo; tensión intraocular menor.

**HIPOXIA:**

Disminución de la cantidad de oxígeno de los tejidos

**ORTOPENIA:**

Disnea intensa que obliga al paciente a estar de pie o sentado.

**PIROSIS:**

Sensación de ardor que sube del estomago a la faringe con eructos, agrios debido a una dispepsia ácida

**RUBEFACIÓ:**

Sustancia que cuando se aplica a la piel causa enrojecimiento (hiperemía)

## X.- BIBLIOGRAFÍA

1. AHUED Ahued J. Roberto. Ginecología y Obstetricia Aplicada. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Ed. Manual Moderno. Segunda edición, México 2003 969pp.
2. BENSON C Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Ed. Manual Moderno S. A, México, 1997 698pp.
3. DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano Mosby. Ed Océano. España 1999 1504 pp.
4. DICCIONARIO DE TERMININOS DE CIENCIAS MÉDICAS. Ed. Salvat S:A 1073 pp.
5. HARMON Gilbert. Manual De Embarazo y parto Ed. El sevier ç,Tercera edición Español 2003 766pp.
6. JOHNSON, Gloria y Cols Diagnósticos Enfermería, Resultados e Investigaciones Interrelaciones NANDA; NOC Y NIC. Ed. Mosby. España 2004. 477pp
7. MONDRAGON Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas, cuarta edición México, 1999 . 1852pp.
8. NANDA. Diagnósticos Enfermería Definiciones y Clasificaciones 2005-2006 Ed Elsevier. España 2005. 299pp.
9. NORDMARK T Madelyn. Bases científicas de la Enfermería Ed Copilco S.A segunda Edición, México D.F 1979 .712pp

10. PERNOLL. C. Martín. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico. Ed. Manual Moderno S:A de C.V Quinta edición México D:F. 1989 .1190 pp
11. PRITCHARD A. Jack Williams Obstetricia. Ed. Salva Editores S:A , Tercera edición, México D.F. 900pp .
12. RAMIREZ A Félix . Obstetricia para la Enfermera Profesional. Ed. Manual Moderno.. S.A de C.V México D:F .526pp.
13. WITTER DU G. Beverly. Tratado de Enfermería Práctica. Ed . Interamericana. SA de CV . Tercera edición .. México DF. 1985.509pp

## IX.- GLOSARIO.

**APICAL:**

Relativo a una punta o vértice o localizado en ellos.

**ANURIA:**

Supresión o disminución de la secreción de la orina.

**AMENORREA:**

Ausencia de la menstruación, constituye un hecho fisiológico antes de la menstruación sexual durante el embarazo.

**BARTHOLINITIS:**

Proceso inflamatorio de una o ambas glándulas vestíbulos de barthalin provocado por agentes bacterianos.

**BORRAMIENTO:**

Obliteración del cuello uterino en el trabajo de parto cuando se modifica de manera tal que solo permanece el orificio externo del grado

**CARDIOTOCOGRAFÍA:**

Monitorización en la que se registra en forma continúa la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas.

**CÉRVIX:**

Cuello del útero o matriz cilíndrico de unos 3 cm. De longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

**CIANÓTICA:**

Coloración azul de la piel y mucosas especialmente la debido a nomalias cardiacas causas de la oxigenación insuficiente de la sangre.

**CONTRACCIONES:**

Acción que tiene efecto de contraerse con los músculos, contracción que entraña acortamiento, aparición de tensión o ambas cosas.

**CORDÓN:**

Unión entre el feto y la placenta que contiene 2 arterias y una vena rodeada de la gelatina de wharton.

**COTILEDÓN:**

Parte o unidades de que consta la placenta.

**DISNEA:**

Dificultad en la respiración

**DISQUESIA:**

Defecación difícil o dolorosa especialmente aparece como síntoma en el estreñimiento rectal o proctógeno.

**DISURIA:**

Emisión dolorosa o difícil de orinar.

**EDEMA:**

Acumulación excesiva de líquidos seroalbuminoso en el tejido celular debido a diversas causas: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas.

**EMBARAZO:**

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

**HIPERBILIRRUBINEMIA:**

Exceso de bilirrubina en sangre.

**HIPOTENSIÓN:**

Tensión o presión baja o reducida especialmente de la sangre.

**HIPOTONIA:**

Tensión o tonicidad disminuida, especialmente de los músculo; tensión intraocular menor.

**HIPOXIA:**

Disminución de la cantidad de oxígeno de los tejidos

**ORTOPENIA:**

Disnea intensa que obliga al paciente a estar de pie o sentado.

**PIROSIS:**

Sensación de ardor que sube del estomago a la faringe con eructos, agrios debido a una dispepsia ácida

**RUBEFACIÓ:**

Sustancia que cuando se aplica a la piel causa enrojecimiento (hiperemía)

## X.- BIBLIOGRAFÍA

1. AHUED Ahued J. Roberto. Ginecología y Obstetricia Aplicada. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Ed. Manual Moderno. Segunda edición, México 2003 969pp.
2. BENSON C Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Ed. Manual Moderno S. A, México, 1997 698pp.
3. DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano Mosby. Ed Océano. España 1999 1504 pp.
4. DICCIONARIO DE TERMININOS DE CIENCIAS MÉDICAS. Ed. Salvat S:A 1073 pp.
5. HARMON Gilbert. Manual De Embarazo y parto Ed. El sevier ç,Tercera edición Español 2003 766pp.
6. JOHNSON, Gloria y Cols Diagnósticos Enfermería, Resultados e Investigaciones Interrelaciones NANDA; NOC Y NIC. Ed. Mosby. España 2004. 477pp
7. MONDRAGON Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas, cuarta edición México, 1999 . 1852pp.
8. NANDA. Diagnósticos Enfermería Definiciones y Clasificaciones 2005-2006 Ed Elsevier. España 2005. 299pp.
9. NORDMARK T Madelyn. Bases científicas de la Enfermería Ed Copilco S.A segunda Edición, México D.F 1979 .712pp

10. PERNOLL. C. Martín. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico. Ed. Manual Moderno S:A de C.V Quinta edición México D:F. 1989 .1190 pp
11. PRITCHARD A. Jack Williams Obstetricia. Ed. Salva Editores S:A , Tercera edición, México D.F. 900pp .
12. RAMIREZ A Félix . Obstetricia para la Enfermera Profesional. Ed. Manual Moderno.. S.A de C.V México D:F .526pp.
13. WITTER DU G. Beverly. Tratado de Enfermería Práctica. Ed . Interamericana. SA de CV . Tercera edición .. México DF. 1985.509pp