



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO EN PACIENTE CON LACERACIÓN DEL
CANAL DE PARTO EN LA SALA DE LABOR.
BASADO EN EL MODELO DE "VIRGINIA HENDERSON".

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MARTHA ROSA LÓPEZ RODRÍGUEZ
No. DE CUENTA: 405117886

DIRECTORA ACADÉMICA:
LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ



MÉXICO, D.F

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

CON AGRADECIMIENTO, RESPETO Y ADMIRACIÓN PARA MI JURADO Y
ASESORA.

POR LA CALIDAD HUMANA, ENTREGA Y EL APOYO QUE ME BRINDARON
CON EL CUAL ENRIQUECIERON MI TRABAJO Y MI PERSONA TANTO EN
EL ASPECTO PROFESIONAL, COMO EN LO PERSONAL.

JURADO

PRESIDENTE: Mtra. IÑIGA PÉREZ CABRERA

VOCAL: Mtra. SOFÍA DEL C. SÁNCHEZ PIÑA

SECRETARIO: LIC. LAURA ALFONSO GUTIÉRREZ

SUPLENTE: Mtro. ALFREDO BERMÚDEZ GONZÁLEZ

ASESORA

Mtra. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

A MI PADRE DIOS

POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO

Y PERMITIRME LOGRAR UNA META MÁS.

*A MIS PADRES
POR MI VIDA
LOS AMO
MIL GRACIAS*

***Sra. MARÍA Y
Sr. AGUSTÍN***

CON TODO MI AMOR PARA MIS HIJOS Y MI NIETO

***YASMIN Y DAVID
JOSÉ LUIS
LUIS ALBERTO
Y SANTIAGO***

CON TODO MI AMOR Y

*AGRADECIMIENTO
PARA MI COMPAÑERO EN LA VIDA
POR SU AMOR Y SU APOYO*

Sr. CARLOS BUEYES A.

*CON TODO MÍ
AMOR A MI SOBRINA Y AMIGA*

VICKY

*CON TODO MI AMOR PARA
MI HERMANA*

LUCITA

*A TODA MI FAMILIA, AMIGOS Y PERSONAS
QUE ME AMAN Y HAN SIDO UN APOYO EN MI VIDA*

MIL GRACIAS

CONTENIDO

Introducción	4
Objetivos	6
1.-Metodología	7
2.-Marco Teórico	9
2.1.-Antecedentes históricos de Enfermería	9
2.2.-Modelo de Virginia Henderson	11
2.3.-Las 14 necesidades del ser humano	13
3.- Proceso Atención de Enfermería	16
3.1.-Generalidades del Proceso Atención de Enfermería	16
3.2.-Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería	17
3.3.-Etapas de Proceso Atención de Enfermería	19
3.3.1.- Valoración	19
3.3.2.- Diagnóstico	20
3.3.2.1.- Diagnósticos de Enfermería	23
3.3.3.- Planeación	29
3.3.4.- Ejecución	30
3.3.5.- Evaluación	31
3.4.-Ventajas del Proceso Atención de Enfermería	32
3.4.1.-Ventajas del Proceso Atención de Enfermería para la Enfermera	33
3.4.2.-Ventajas del Proceso Atención de Enfermería	33
4.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	34
4.1.-Ficha de Identificación	35
4.2.-Presentación del Caso	36
4.3.-Historia Clínica de Enfermería	37
4.4.-Exploración Física	40
4.5.-Resumen de la Historia Clínica	42
4.6.-Valoración de las 14 necesidades	43
4.7.-Diagnósticos de enfermería	49
4.8. Plan de Cuidados de Enfermería	50
4.9.-Evaluación	51
4.10.-Plan de Alta	61
5.-Conclusiones	62
6.-Sugerencias	63
7.-Bibliografía	64

8.-Anexos	66
8.1.-Instrumento de valoración.....	66
8.2.-Laceración del canal de parto y puerperio fisiológica.....	72
8.3.-Genitales internos y Pelvis Ósea.....	79

INTRODUCCIÓN

- El siguiente trabajo describe una de las complicaciones que se presentan durante la 3era etapa del trabajo de parto y que afortunadamente no sucede con frecuencia, pero cuando se da este evento, podemos valorar cuán importante es llevar un buen control prenatal y la importancia que hay en preparar a la mujer embarazada para el momento del parto, ya que su colaboración efectiva es un factor que puede ayudar a prevenir las complicaciones y un Trabajo de Parto prolongado. En la consulta prenatal es donde se detectan las posibles complicaciones, es ahí donde debemos trabajar con mayor esmero y vigilancia todo el equipo de salud.
- Este caso fue seleccionado ante la gravedad de la situación de la Sra. Liliana, primigesta, en la que presento, una laceración del cuello del útero y del canal vaginal, esto ocurrió por un Trabajo de Parto prolongado, producto macrosómico y no realizar episiotomía. Esto no debería suceder si se realiza un diagnóstico oportuno y acertado, tanto por personal médico como de enfermería y de manera más profesional en el periodo prenatal.
- El prevenir complicaciones, conservar la salud y brindar el cuidado, es la razón de ser de la profesión de Enfermería , así como de evitar complicaciones dentro del hospital y extramuros, para lograrlo nos estamos preparando a diario y lo estamos reflejando en nuestras actuaciones dentro de nuestro ámbito laboral y social. Cada día es mayor la demanda de un ejercicio de enfermería más comprometida, más responsable de su participación y de su capacidad resolutive para la demanda creciente de problemas de salud que tenemos en la actualidad.
- El **Proceso Atención de Enfermería** es uno de los métodos indispensables para detectar las necesidades de salud en un individuo, familia o comunidad, por eso la importancia de aplicarlo en todo momento durante nuestra práctica profesional para lograr los objetivos que como

profesionales de la salud debemos alcanzar y disminuir de esta forma las tasas de morbi-mortalidad dando al usuario, familia o comunidad cuidados de calidad, eficacia y humanismo. Lo cual nos lleva a un nivel más alto de profesionalismo y a una mayor y mejor proyección de la Enfermería actual y del futuro.

- Se describe en este trabajo una breve reseña histórica de la enfermería, analizando la teoría de **Virginia Henderson**, en la cual se basa este trabajo, para realizar y aplicar el **PAE** en la Sra. Liliana y su hijo, los diagnósticos de enfermería en base a los formulados por la NANDA.
- se reviso el marco teórico referencial de la patología que aquí mencionamos, y la bibliografía necesaria para fundamentar nuestras acciones y obtener los resultados esperados.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería y brindar una atención de calidad, holística, efectiva, basada en las necesidades de la persona con diagnóstico de puerperio fisiológico inmediato con laceración del canal de parto en la sala de labor,

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Llevar a cabo una valoración completa e identificar las necesidades y establecer los diagnósticos de enfermería, reales, potenciales y de riesgo.
- Trazar los objetivos y planear las estrategias e intervenciones de Enfermería en base a estas necesidades y de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson y otorgar una atención resolutive y de calidad.
- Se realizará una evaluación de todo el plan de cuidados y se dará seguimiento extramuros, en su casa para dar cobertura y asesoría en los cuidados y cumplir con el plan de alta que se elaboró y se entregó a su egreso del hospital y se evaluarán los resultados.
- La Sra. Liliana aprenderá y aplicará técnicas del cuidado de ella y del RN en casa, alimentación, vacunas, tamiz y lactancia materna con su esposo decidirán el método de Planificación Familiar más adecuado para ella y su hijo para lograr un puerperio exitoso sin complicaciones.

1.-METODOLOGÍA

El presente trabajo se desarrollo de acuerdo a las siguientes etapas del Proceso Atención Enfermero, basado en el modelo de Virginia Henderson, del cual se hizo una revisión de la bibliografía así como de su teoría, al igual que se revisó la bibliografía del Proceso Atención de Enfermería y se anexa en este trabajo.

VALORACIÓN:

En esta etapa se llevaron a cabo varias actividades:

- La **valoración inicial** se llevo a cabo en la sala de labor del Hospital General “Dr. Carlos Calero Elorduy” de la Ciudad de Cuernavaca en la sala de labor, en un lapso de tiempo de 4 hrs. aprox. se realizó una minuciosa observación e inspección de la paciente, de acuerdo a su estado general (físico y emocional en el que se encontraba) y para ello recurrimos al expediente, instrumentos para toma de signos vitales, monitor de signos vitales, hoja de enfermería etc.
- Posteriormente se realizó **la entrevista** para la recolección de datos que nos permitió conocer más acerca de su persona a través de la comunicación por medio del interrogatorio.
- Se realizo la **historia clínica de enfermería**, utilizando un instrumento de valoración, pre-elaborado, que nos permitió establecer una relación de la paciente con su entorno, a fin de obtener datos más significativos de su padecimiento y de su estado bio-psico-social para poder definir y jerarquizar los problemas prioritarios. Se le preguntó a cerca de su padecimiento actual, sus actividades cotidianas, preguntas respecto a sus hábitos, a su familia, a las condiciones de su hogar y de su comunidad, para poder realizar el diagnóstico de enfermería y el plan de cuidados.

DIAGNÓSTICO:

- Durante la valoración se conformó una conclusión diagnóstica esto nos dio la oportunidad de poder detectar y jerarquizar sus necesidades inmediatas, mediatas y a largo plazo, lo cual nos permitió elaborar un plan de atención de enfermería de calidad para cada diagnóstico. prevenir complicaciones y elaborar un Plan de Alta.
- Se mantuvo en observación y cuidado durante su estancia hospitalaria (2 días)

PLANEACIÓN

- Después del interrogatorio, la exploración física, la historia clínica de enfermería, y la detección de los diagnósticos, se trazaron los objetivos y la planeación de las estrategias e intervenciones independientes y dependientes conjuntamente con la paciente y su familia encaminadas a la satisfacción de sus necesidades;
- físicas, psicológicas sociales y espirituales.

EJECUCIÓN

- Se realizaron las acciones planeadas, ejecutándolas con fundamento científico para cada una de ellas, en base al proceso atención enfermería, con la colaboración de la Sra. Liliana y su esposo.
- Se elaboró y se le entregó un Plan de Alta para ella y su bebé.

EVALUACIÓN

- En la etapa de evaluación se verificó y se comprobó la Satisfacción del cumplimiento de los objetivos planteados, la evolución y desarrollo del proceso, de nuestras intervenciones y la entera satisfacción de la paciente, su familia y la propia como profesional de la salud.

2.-MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA

En el antiguo Egipto es muy probable que los cuidados de enfermería fueran la principal responsabilidad de la madre o las hijas en la casa. La obstetricia la practicaban las parteras, las cuales constituían un grupo profesional reconocido.

No se sabe si había hospitales. La mujer era la encargada del mantenimiento del grupo familiar, incluida la higiene, la alimentación y los remedios básicos.

En la Alta Edad Media había poca distinción entre enfermería y medicina. Los cuidados que se proporcionaban consistían principalmente en alimentar a los enfermos. Así, la alimentación era la base de los cuidados en los hospitales medievales.

La caída de Constantinopla en 1453 a manos de los turcos supone el paso en la historia de la humanidad a la Edad Moderna.

El declive del poder de la Iglesia empezó cuando los asuntos mundanos ganaban interés por parte de los seculares, en este periodo se desarrollaron todas las ciencias.

En 1517 se produjo la revolución protestante: la Reforma. Este movimiento religioso, impulsado por Martín Lutero, tuvo como resultado la división del Mundo Cristiano.¹

La mayoría de los hospitales del bloque luterano, dirigidos por órdenes religiosas católicas, fueron cerrados al ser expulsados de las instituciones los monjes y las monjas dedicados a cuidar y no ser reemplazados. Los hospitales fueron entregados a las mujeres laicas que “necesitaban” trabajar, en contraposición a la orientación vocacional-caritativa de la religión católica.

La dispersión de las órdenes religiosas provocadas por la reforma protestante, produjo la llamada “época oscura de la enfermería. Este hecho llevó a la decadencia de la enfermería en los países protestantes, situación que no se recuperará hasta la era de Nightingale, al final del siglo XIX.²

La asistencia de los enfermos fue un tema importante a tratar, llegándose a considerar esta tarea como un deber cristiano, por lo que la práctica de los cuidados continuó en los países católicos impulsándose nuevas ordenes religiosas.

San Juan de Dios (1495-1550) Fundó en granada el primer hospital de los “Hermanos de la Misericordia” dedicándose a los cuidados de enfermos mentales y posteriormente de los niños enfermos. Esta orden religiosa fue la primera y más significativa dedicada a los cuidados de enfermería en España (1535)

¹ MANUAL CTO DE ENFERMERÍA 4Ta Edición Blanco y negro Tomo I McGraw-Hill. Interamericana págs. 155 a 179

² Ídem

San Vicente de Paúl (1576-1660) Nacido en Francia, considerado un precursor de la enfermería. Movilizó a un grupo de damas laicas para la asistencia en domicilio. De este grupo salió Santa Luisa de Marillac, que llegó a ser la principal colaboradora de San Vicente y fue la primera supervisora de estas enfermeras, viajando por provincias para seleccionar candidatas.

A estas religiosas se les exigía por primera vez en la historia saber leer, escribir y recibir una preparación basada en la experiencia hospitalaria y en las visitas domiciliarias.³

El protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres. Son ellas las que desempeñan en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar.

La práctica de este tipo de cuidados se entremezclaba con actividades rituales para la protección, la promoción y la continuación de la vida.

“los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños y también cuidados a los enfermos y a los moribundos, puesto que ¿acaso dándoles la vida no les comunican la muerte?”⁴

Elizabeth Fry (1789-1845) tuvo un papel importante en el desarrollo de la enfermería, viajó por Inglaterra, Irlanda y Europa inspeccionando el estado de las cárceles, y sus recomendaciones acerca de la cárcel de Newgate fueron seguidas por la mayor parte de Europa. Creó el instituto de Bishopgate para la enseñanza de la enfermería.

El nacimiento de la enfermería moderna se gestó en el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania) creado por el pastor protestante Theodor Fliedner en 1836.

Esta práctica del cuidar fue la base para la elaboración de un nuevo sistema de enfermería a cargo de Florencia Nightingale.

Se puede establecer cuatro grandes fases de la enfermería: tribal doméstica, (en tribus de zonas subdesarrolladas), religiosa – institucional (controladas por la religión), preprofesional y profesional.⁵

³ *Ídem*

⁴ Collière. MF. *Promover la vida. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid, 1993. Pág.14*

⁵ *Ídem.*

2.2.-MARCO CONCEPTUAL



MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana, nació en el año de 1897, en Kansas Missouri desarrollo su interés por enfermería durante la primera guerra mundial.

En los años 60s se dio a conocer con el libro publicado por Bertha Harmer "Tratado de Enfermería Teórico y Práctico" "El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la enfermería humanista, porque considera a la profesión como una arte y una ciencia. Henderson Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo de enfermero que le proporcionara una identidad una identidad propia. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones ya que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.⁶

Su definición de Enfermería apareció por primera vez en 1995 en la 5ta. Edición del libro *Text Book of the Principles and Practice of Nursing*, de Harmer y Henderson, afirma lo siguiente.

⁶ *Fernández Ferrín, Carmen, et. al. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Masson-Salvat Barcelona, 1995 p-82*

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) que sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápido posible

Según Virginia Henderson, la persona es un todo complejo formado por 14 necesidades básicas que son las siguientes;

2.3.-LAS 14 NECESIDADES DEL SER HUMANO

Respirar normalmente

Comer y beber adecuadamente.

Eliminar los desechos corporales.

Moverse y mantener posturas deseables.

Dormir y descansar.

Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal, ajustando la ropa y modificando el entorno.

Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.

Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros.

Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.

Rendir culto según la propia fe.

Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.

Jugar o participar en diversas formas de ocio.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva el desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.⁷

De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson, los cuidados básicos son aquellos que llevan las Enfermeras, en cumplimiento de su función propia.

⁷ Modelos y teorías en Enfermería- Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligoo-sexta edición págs. 54 y 55.

FUNCIÓN DE LA ENFERMERA:

- **Sustituta** (Compensa lo que le falta al paciente)
- **Ayudante** (Establece las intervenciones clínicas)
- **Compañera** (Fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud)

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson afirma que la enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario y a su vez, actúa independientemente del médico pero apoya su plan si hay algún médico de servicio.⁸

METAPARADIGMA

PERSONA: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Infundible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad y conocimientos para lograr una vida sana.

ENTORNO: Sin definirlo explícitamente. Lo relaciona con la familia abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermera para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que sociedad que contribuya la educación de la enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

Físicos: aire, temperatura, sol, etc.

Personales: Edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

SALUD: La define como la capacidad del individuo para funcionar como independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Siete está, relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, y reposo, ropa apropiada, temperatura).

⁸ *Manual de Enfermería CTO 4ta edición blanco y negro tomo I – Mc Graw-Hill-Interamericana págs. 168-169.*

Dos con la seguridad (higiene corporal, y peligros ambientales)

Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias)

Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender)

ENFERMERÍA: La define como la ayuda al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimientos realizaría estas actividades sin su ayuda. La enfermera ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

3.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1.-GENERALIDADES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es el método para aplicar el modelo y poder administrar cuidados de enfermería organizados. Se caracteriza por ser flexible, dinámico y sistemático.¹

Sistemático: por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Humanista: Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Intencionado: Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores

de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o)

Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible: Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con él (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes.²

¹ *Manual de Enfermería CTO 4ta edición blanco y negro tomo I – Mc Graw-Hill-Interamericana* pág. 172

² *Proceso enfermero aplicación actual- Avances Científicos, Segunda Edición.- Bertha A. Rodríguez s. Ediciones Cuellar.*
Pág. 29

3.2.-ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Anteriormente al desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona.

Con frecuencia, se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico.

El término PAE, es relativamente nuevo, que fue Hall su creadora en el año de 1955. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres fases. Observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles (1967) sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir (en inglés las cinco "D" Discover, Delve, Decide, do, and discriminate). Durante las dos primeras fases, se recogen datos sobre el cliente. En la tercera (decidir), se determina un plan de acción, y durante la cuarta (hacer), la enfermera ejecuta el plan. En la quinta, (distinguir), se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como la "Interrelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente, de la enfermera y la interacción resultante" (WICHE, 1967) También en 1967, la facultad de Enfermería de la Universidad católica de América propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

En 1973, la Asociación América de Enfermeras (ANA), publicó los criterios de la práctica siguiendo las fases del proceso.

Como el proceso de enfermería se desarrolló en ambas maneras teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería. El concepto de diagnóstico enfermería, desarrollado entre los años de 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente

En 1973, Gabbie y Lavin en la universidad de San Luis, en la escuela de Enfermería ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería como la "conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de la enfermería (Gabbie y Lavin 1975).

En 1982 el grupo de las conferencias aceptó el nombre de Asociación de Diagnósticos de Enfermería Norte Americana (NANDA), aunque reconociendo la participación y aportaciones de las enfermeras Canadienses. En la actualidad,

este grupo a establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas (NANDA 1990).

En 1980, la ANA declaró que la “enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales”. Esta asociación consideró, de forma clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera acostumbrada a ello y pensara que el diagnóstico era una prerrogativa del médico. En 1982, el National Council of State Board of Nursing, definió y describió las cinco fases del Proceso Enfermero en términos propios de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.³

³ *Idem.*

3.3.-ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas.

El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.⁴

3.3.1.-VALORACIÓN

La valoración es el punto de partida del proceso. Su finalidad es recoger datos de la persona (problemas de salud) y las respuestas humanas que se originan ante ellas, analizarlos y sintetizarlos para poder identificar las respuestas humanas.

La valoración consta de varias etapas, las cuales tienen la finalidad de recoger todos los datos pertinentes para identificar la salud del individuo o grupo social, el proceso de recogida de datos consta de las siguientes actividades:

- I. **Obtención de la información** Las fuentes de información para esta recogida de datos son el mismo cliente, la familia, su historial clínico y la información del resto de integrantes en el equipo de salud.

Los datos se clasifican en dos categorías:

- **Datos subjetivos**: Los que el cliente afirma. Comprende sentimientos, percepciones sobre su situación de salud (ej.: Dolor), son apreciaciones personales y no datos constatables.

⁴ Íbidem.

- **Datos Objetivos**: Son la información constatable. (ej.: signos vitales) Se denominan signos, se pueden observar y medir.

Métodos de obtención de datos:

- **La Observación**: Consiste en darse cuenta de los hechos y conductas que van sucediendo. Difiere de la observación normal en que ésta utiliza planificado. Exige una amplia base de conocimientos y la utilización de los sentidos de forma sistemática, empleando técnicas como la inspección, la palpación, la auscultación y la percusión.
 - **La Entrevista de Enfermería**: Tiene cuatro funciones: Obtener información, facilitar la relación con el enfermo, facilitar información al paciente y fijar metas, para ellos se realiza una valoración física general y se establece una buena comunicación tanto verbal como no verbal.
2. **Validación de los datos**: Objetivos y subjetivos, cuando no exista seguridad sobre la información reunida
 3. **Organización de la Información**: Una vez validados los datos, es necesario agruparlos para ayudar a identificar problemas de salud

3.3.2.-DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso. Se trata de un análisis de los datos obtenidos y posterior identificación de los diagnósticos y problemas interdependientes de enfermería, que serán la base del plan de cuidados. (Según la definición de Alfaro 1992).

- **Diagnóstico de Enfermería**. Es un problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo), que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.
- **Problema Interdependiente**: Es un problema real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un tratamiento, enfermedad o estudio diagnóstico), y que los enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con los otros profesionales
- La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: Reales, de Alto Riesgo, y de Bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

- Diagnóstico de Enfermería Real: Es un juicio clínico sobre una respuesta individual familiar o de la comunidad ante problemas reales de la salud o ate procesos de vida (p. e. desesperanza, fatiga)
- Diagnóstico de Enfermería de Alto Riesgo: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema (p. e. alto riesgo de infección).
- Diagnóstico de Enfermería de Bienestar: Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado (p. e. conductas generadoras de salud).

Componentes de los Diagnósticos:

- La categoría o Etiqueta Diagnóstica: la descripción concisa del problema identificado, la respuesta humana que ha aparecido ante el problema.
- La Definición de la Etiqueta: Describe la situación en la cual debe encontrarse el sujeto para inducir dicha etiqueta.
- Los Factores Etiológicos y/o Relacionados “relacionando con...” “...Secundario a...”:
 - Factores relacionados
 - Factores de Riesgo.⁵

⁵ Manual de Enfermería CTO 4ta edición blanco y negro tomo I – Mc Graw-Hill-Interamericana pág. 172, 173, 174.

3.3.2.1.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

El primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso de Diagnóstico Real “se aconseja un formato en tres partes: Problema + Factores relacionados (...) y datos objetivos y subjetivos”

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos subjetivos y objetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos se unen con las características definitorias mediante la palabra MANIFESTADO POR.

ESTRUCTURACIÓN DE PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual No debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, que ya tienen un nombre.

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de: al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por:

Los problemas interdependientes precisan del empleo ⁶

⁶ *Proceso enfermero aplicación actual- Avances Científicos, Segunda Edición.- Bertha A. Rodríguez s. Ediciones Cuellar. Pág. 51 a 69*

LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de Enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la décima conferencia, ordenados según las catorce Necesidades Fundamentales.

1. RESPIRAR

- Deterioro en el intercambio gaseoso
- Incapacidad para mantener la respiración espontánea
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Patrón respiratorio ineficaz
- Potencial de asfixia
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE

- Alteración de la nutrición por defecto
- Alteración de la nutrición por exceso
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso
- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de volumen de líquidos
- Déficit potencial de volumen de líquidos
- Deterioro de la deglución
- Exceso del volumen de líquidos
- Interrupción de la lactancia materna
- Lactancia materna ineficaz

- Patrón de la alimentación ineficaz del lactante

- Potencial de aspiración

3. ELIMINAR

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de autocuidado: uso WC
- Diarrea
- Estreñimiento
- Estreñimiento crónico
- Estreñimiento subjetivo
- Incontinencia fecal
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria refleja
- Incontinencia urinaria total
- Retención urinaria

4. MOVERSE

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.)
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Deterioro de la movilidad física
- Disminución del gasto cardíaco

5. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño
- Fatiga
- Intolerancia a la incapacidad
- Potencial intolerancia a la actividad

6. VESTIRSE Y DESNUDARSE

- Déficit de autocuidado
- Vestido/acicalamiento

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LÍMITES NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal
- Hipertermia
- Hipotermia
- Termorregulación ineficaz

8. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

- Alteración de la membrana mucosa oral
- Déficit de autocuidado: baño/higiene
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad hística
- Deterioro potencial de la integridad cutánea

9.-EVITAR PELIGROS

- Afrontamiento defensivo
- Afrontamiento individual inefectivo

- Alto riesgo de automutilación
- Ansiedad
- Baja autoestima crónica
- Baja autoestima situacional
- Desatención unilateral
- Deterioro de la adaptación
- Disreflexia
- Dolor
- Dolor crónico
- Duelo anticipado
- Duelo disfuncional
- Negación ineficaz
- No seguimiento del tratamiento (especificar)
- Potencial de infección
- Potencial de intoxicación
- Potencial de lesión
- Potencial de traumatismo
- Potencial de violencia: auto lesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática
- Síndrome traumático de violación
- Temor
- Trastorno de la autoestima
- Trastorno de la identidad personal

- Trastorno de la imagen corporal

10.-COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

- Alteración de los procesos familiares
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- Afrontamiento familiar : potencial de desarrollo
- Aislamiento social
- Alteraciones sensoperceptivas (especificar: visuales, auditivas, cenestésicas, gustativas, táctiles, olfativas)
- Deterioro de la comunicación verbal
- Deterioro de la comunicación social
- Síndrome de estrés del traslado

11.-ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES

- Desesperanza
- Impotencia
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

12.-PREOCUPARSE POR SER UTIL Y POR REALIZARSE

- Alteración del crecimiento, desarrollo
- Alteración de los patrones de la sexualidad
- Alteración en el desempeño del rol
- Alteración parenteral
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador

- Cansancio en el desempeño del rol cuidador
- Conductas generadoras de salud (especificar)
- Conflicto de decisiones (especificar)
- Conflicto del rol parenteral
- Dificultad en el mantenimiento de la salud
- Dificultad en el mantenimiento del hogar
- Disfunción sexual
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral

13.-RECREARSE

- Déficit de actividades recreativas

14.-APRENDER

- Alteración de los proceso del pensamiento
- Déficit de conocimiento (especificar)⁷

⁷ Phaneauf, Margor Inf. M.A. *Cuidados de Enfermería. Un proceso de atención de Enfermería. Edición 1993. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill Pág. 93 - 102*

3.3.3.-PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Un plan de cuidados ha de incluir los problemas identificados, ordenados según su importancia, los objetivos (resultados que se espera alcanzar) y las acciones que vamos a emprender para conseguirlos.

PASOS PARA REALIZAR LA PLANEACIÓN.

1. **SE FIJAN LAS PRIORIDADES**: Para saber qué acciones de cuidados deben llevarse a cabo en primer lugar y cuáles posteriormente. En general se suele utilizar la jerarquización de necesidades de Maslow: Necesidades fisiológicas, Seguridad, Afecto, Pertenencia y Autorrealización
2. **SE ESTABLECEN OBJETIVOS**: Así como la base de orden de prioridades antes fijada. Cada diagnóstico de enfermería tiene su propio objetivo (metas, que nos proponemos alcanzar). Al marcar un objetivo predecimos una evolución positiva de la persona.

NORMAS PARA ESTABLECER OBJETIVOS:

- Tener en cuenta la necesidad y/o respuesta humana alterada.
- Fomentar la participación activa de la persona en los cuidados
- Indicar lo que se pretende hacer, quién lo hará, cuándo, cómo, dónde y en que medida se realizará.

Los componentes de los enunciados de los objetivos son: sujeto, verbo, condición, criterio y tiempo. Han de ser realistas, proponer objetivos alcanzables y tener en cuenta el factor tiempo y la consecución de los mismos.

3.-SE DETERMINAN LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

Estas van dirigidas a proporcionar bienestar, prevenir complicaciones, promover, mantener y restablecer la salud.

Las intervenciones de enfermería son:

Intervenciones Dependientes: Derivadas del tratamiento médico.

Intervenciones Interdependientes: Órdenes de enfermería. Son las actividades programadas por enfermería. Deben ser claras, precisas y exactas. Adecuadas a los recursos de que se dispone, individualizadas, favorecedoras de un entorno terapéutico y consecuente con el plan terapéutico general.

DOCUMENTAR EL PLAN DE CUIDADOS:

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados

3.3.4.-EJECUCIÓN

En esta etapa se ponen en práctica las actividades de enfermería, sin olvidar seguir recogiendo datos y valorando la conducta del enfermo mientras se realizan estas.

Al inicio de las actividades, la enfermera revisa el plan de cuidados y tiene en cuenta los recursos materiales y humanos de que dispone. La enfermera es responsable de los cuidados que ejecuta, tanto los derivados de intervenciones independientes como interdependientes, y sus acciones han de ser seguras.

La etapa de ejecución puede dividirse en tres fases:

- **Fase de preparación:** supone un seguimiento mental de todas las fases anteriores antes de actuar.
- **Fase de Intervención:** Realización de las intervenciones programadas.
- **Fase de documentación:** Donde se escribe la forma en que se han llevado a cabo los cuidados.

Los cuidados han de contemplar a la persona holísticamente.

3.3.5.-EVALUACIÓN

Es la última etapa del Proceso Enfermero, en ella se comparan la situación real del enfermo como los objetivos (resultado esperado) anteriormente fijados. Al evaluar se obtiene conocimiento de en qué medida el enfermo ha progresado, así

como de la eficacia de los cuidados. La finalidad es triple: evaluar el progreso del paciente – Evaluar el propio método y Evaluar la calidad profesional.

La evaluación tiene varios tipos de resultados posibles:

- Resultados Positivos: cumplimiento de los objetivos.
- Resultados Negativos: La persona no ha logrado cumplir los objetivos. Se inicia el proceso de retroalimentación.
- Resultados Anticipados: Son resultados positivos o negativos que se han producido antes de realizar las actividades.
- Resultados Inesperados: Resultados negativos que surgen a raíz de una complicación. No existe relación entre las actividades efectuadas y los resultados. Se inicia el proceso de retroalimentación.

El proceso de retroalimentación es el proceso de enfermería a la inversa. Cada etapa es revisada y, si se precisa, modificada.⁸

⁸ *Manual de Enfermería CTO 4ta edición blanco y negro tomo I – Mc Graw-Hill-Interamericana*

3.4.-VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la Enfermera; Profesionalmente el proceso Enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de Enfermería produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalización.

3.5.-VENTAJAS PARA EL PACIENTE:

- **Calidad en el Cuidado.** Este se planifica para encontrar necesidades particulares del individuo, la familia o la comunidad.
- **Continuidad del Cuidado.** El hecho de contar con un plan por escrito, facilita que todas las personas implicadas en el cuidado puedan acceder a él, con lo que se evita que el cliente tenga que repetir la información a cada uno de los miembros del equipo.
- **Participación de los Clientes** en el Cuidado de salud. El proceso facilita que los clientes desarrollen las capacidades relacionadas con su propio cuidado, de forma que se comprometan en mayor medida para alcanzar las metas.

3.6.-VENTAJAS PARA LA ENFERMERA

- **Educación Constante y Sistemática.** Se requiere ser graduada para poder utilizar el PAE. Además, los exámenes de licenciatura de enfermería en los Estados Unidos se basan en las actividades del PAE.
- **Satisfacción en el Trabajo.** El profesional asegura las identificaciones correctas de los problemas del cliente, favorece la coordinación y evita el trabajo por ensayo- error.

- **Crecimiento Profesional.** A través de la evaluación, la enfermera aprende qué cuidados son efectivos, y cuales tienen que adaptarse para cubrir necesidades.
- **Evita Acciones Legales.** La enfermera cumple con sus obligaciones legales cuando aplica cuidados de enfermería previamente pactados mediante la ejecución de todas las fases del proceso.
- **Alcanzar los Modelos de Enfermería Profesional.** El criterio de los estándares de la práctica de enfermería.
- **Alcanzar los Modelos de Hospitales Acreditados.** En otros países exige que el proceso de enfermería sea utilizado y que sea accesible un plan escrito de cuidados, por cada paciente.⁹

⁹ *Alfaro Rosa Linda. (1992) Aplicación del proceso de Enfermería.*

4.-APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso atención enfermería es una herramienta eficaz y precisa que en la asistencia diaria nos permite registrar y documentar la labor de la enfermera, así como brindar cuidados de calidad en una forma sistemática y ordenada personalizando la atención en cada paciente, cubriendo todas sus necesidades y expectativas disminuyendo los tiempos, los riesgos, los daños, con la finalidad de darle continuidad a los tratamiento garantizando la calidad. Recordemos que la enfermera obstetra, es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista profesional y ético .

La aplicación del proceso enfermero en la práctica de la enfermería actual, constituye un elemento fundamental para llevar a la Enfermería a un nivel más alto en la profesionalización y para elevar la calidad del cuidado, haciéndolo integral y holístico; basado en el juicio crítico, el fundamento científico, la observación y otros elementos que ayuden a la enfermera a hacer diagnósticos de enfermería de los pacientes en situaciones de enfermedad, de riesgo o bien para mejorar la calidad de vida, además de plasmarlo en documentos que validen la legitimidad del proceso enfermero.

Las autoridades sanitarias hoy por hoy están preocupadas y tratan de enfocar toda su atención, con mayor cuidado en LA PREVENCIÓN, para abatir las tasas de morbi-mortalidad y dar mayor y mejor cobertura de atención a la población evitando complicaciones y reduciendo el daño. La enfermera actual también está preocupada y más consiente del rol y la responsabilidad dentro del equipo de Salud que le toca desempeñar para el logro de las metas.

Éste trabajo se realizó basado en el modelo de VIRGINIA HENDERSON, porque es una de las teóricas que considera las tres áreas; bio-psico-social y como ya lo mencione en capítulos anteriores, este modelo se adapta a cualquier problema de salud y ámbito de trabajo.

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con este modelo me facilito el poder identificar claramente los diagnósticos, establecer los objetivos, dar solución y cumplimiento e éstos. Los resultados fueron satisfactorios para la paciente y para mi como profesional de la salud.

4.-APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso atención enfermería es una herramienta eficaz y precisa que en la asistencia diaria nos permite registrar y documentar la labor de la enfermera, así como brindar cuidados de calidad en una forma sistemática y ordenada personalizando la atención en cada paciente, cubriendo todas sus necesidades y expectativas disminuyendo los tiempos, los riesgos, los daños, con la finalidad de darle continuidad a los tratamiento garantizando la calidad. Recordemos que la enfermera obstetra, es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista profesional y ético .

La aplicación del proceso enfermero en la práctica de la enfermería actual, constituye un elemento fundamental para llevar a la Enfermería a un nivel más alto en la profesionalización y para elevar la calidad del cuidado, haciéndolo integral y holístico; basado en el juicio crítico, el fundamento científico, la observación y otros elementos que ayuden a la enfermera a hacer diagnósticos de enfermería de los pacientes en situaciones de enfermedad, de riesgo o bien para mejorar la calidad de vida, además de plasmarlo en documentos que validen la legitimidad del proceso enfermero.

Las autoridades sanitarias hoy por hoy están preocupadas y tratan de enfocar toda su atención, con mayor cuidado en LA PREVENCIÓN, para abatir las tasas de morbi-mortalidad y dar mayor y mejor cobertura de atención a la población evitando complicaciones y reduciendo el daño. La enfermera actual también está preocupada y más consiente del rol y la responsabilidad dentro del equipo de Salud que le toca desempeñar para el logro de las metas.

Este trabajo se realizó basado en el modelo de VIRGINIA HENDERSON, porque es una de las teóricas que considera las tres áreas; bio-psico-social y como ya lo mencione en capítulos anteriores, este modelo se adapta a cualquier problema de salud y ámbito de trabajo.

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con este modelo me facilito el poder identificar claramente los diagnósticos, establecer los objetivos, dar solución y cumplimiento e éstos. Los resultados fueron satisfactorios para la paciente y para mi como profesional de la salud.

4.1.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Fecha. 24-Julio2008.

Nombre: Liliana M. A **Edad:** 22 años **Peso:** 62 Kg. **Talla:** 1,58 mts.

Fecha de Nacimiento: 17-Agosto-1986 **Sexo:** Mujer

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria completa **Fecha de Admisión:** 23-Julio-2008 **Hora:** 22:00hrs.

Edo Civil Casada.

Domicilio: calle Tulipanes # 5 col.Las Rosas

Institución: Hospital General " Dr. Carlos Calero Elorduy" de Cuernavaca Mor.

Servicio: Toco Cirugía

Miembro de la Familia o persona significativa: Esposo

Diagnóstico de Ingreso: Embarazo de 39.2 SDG + T de P.

Diagnóstico de Egreso: Puerperio con complicación por laceración del canal de parto.

Menarca: 12 años **Ritmo:** 28 x 3 **FUR** .24-10-2007 **FPP**31-07-2008 **M.P.F:** no realizado

VSA: 21 años **Gesta.** 1 **Para:** 1 **Cesáreas:** 0 **Abortos:** 0

Pareja sexual: 1 **Grupo. Sanguíneo** A +

El ultimo embarazo fue a termino si parto normal si

Hubo mortalidad no **número de hijos vivos** 1

4.2.-PRESENTACIÓN DEL CASO SALA DE EXPULSIÓN.

Ingresa la Sra. Liliana a las 12:15, paciente primigesta, proveniente de sala de labor en periodo expulsivo, se alcanza a pasar a mesa de expulsión y poner en posición ginecológica, pero no da tiempo de realizar asepsia, ni colocación de campos estériles, ni episiotomía, la Sra. Liliana se mostraba inquieta y con mucho dolor, cansada pero cooperadora.

A las 12:30 hrs.pm nació producto de la concepción, único, vivo, masculino, con grupo O positivo, con un apgar de 8-9, con un peso de 3980 kg, se dan cuidados inmediatos del RN se coloca en cuna radiante y se mantiene en vigilancia estrecha.

Se verifica presencia de globo de seguridad y **sangrado transvaginal** el cual es **abundante**, rojo brillante, sus signos vitales **T/A=90/50-FC= 95- Respiración =24x'-Temperatura=35°C**

Alumbramiento a las 12:45 hrs.pm. Se obtiene placenta y membranas completa, se procedió a realizar revisión de cavidad por rutina de la institución, por orden médica se le ministra en Y sol, Hartman a carga rápida, sol. Glucosada al 5% + 20 UI de oxitocina a goteo rápido y analgésico I.V

Posteriormente se observa hemorragia transvaginal, se procedió a una revisión de cuello uterino y canal vaginal el cual presentó laceración y desgarre así como también en cara interna de los labios menores y mayores y periné, se procede a la hemostasia y sutura de los desgarres, previo a la reparación se le aplicó anestesia local con xilocaína al 1%, el procedimiento duro 1:30 hrs. aprox.

Durante éste tiempo, la paciente se hipotenso, estuvo hipotérmica y con mucho dolor. Por indicación médica se ministraron soluciones; Glucosada a al 5% de 1000 + 20 ui de oxitocina a 40 gotas x min. , sol. Hartman 1000 a goteo rápido a dosis respuesta y analgésicos.

Se coloca a la paciente un cobertor en la parte superior del tórax y brazos, monitoreo de signos vitales, vigilancia del estado alerta y Sangrado Transvaginal, no se le deja sola, se intenta tranquilizarla explicándole el procedimiento que se está realizando en ella y que su hijo está bien, más tarde se obtiene respuesta positiva.

Al terminar la reparación del canal de parto, se le coloco DIU, con previa autorización de la paciente y su cónyuge y se traslado a una cama de recuperación de toco-cirugía.

Se dio seguimiento hasta su alta hospitalaria.

En la sala de recuperación la paciente presento hipotermia de 35.6°C, T/A 90/60 R=22x' FC=80x'

Sangrado transvaginal en regular cantidad rojo brillante, cansancio, sueño, hambre, sed, preocupación por su cuidado y el de su hijo.

Más adelante hay un apartado para mostrar las intervenciones de enfermería a cada diagnóstico.

4.3.-HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.

Menarca: 12 años **Ritmo:** 28 x 3 **FUM2** 24-10-2007 **FPP31-** 07- 2008 **M.P.F:** ninguno **VSA:** 21 años **Gesta.** 1 **Para:** 1 **Cesáreas:** 0 **Abortos:** 0

Pareja sexual: 1 **Grupo. Sanguíneo** A+

El último embarazo fue a término sí **parto normal** sí

Hubo mortalidad no **número de hijos vivos** 1

INTERROGATORIO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Abuela materna viva con demencia senil.

Abuelo materno vivo con Hiperplasia Prostática Benigna

Abuelo paterno finado por Muerte natural.

Abuela paterna finada por causa desconocida

El Padre de la paciente vivo aparentemente sano.

La Madre de la paciente viva con HTA controlada desde hace 5 años.

Ateroesclerosis, Tuberculosis, Sífilis, Artritis, Alergias, Hipertensión Arterial,

Varices, se desconocen en el resto de la familia.

ANTECEDENTES PERSONALES:

I) NO PATOLÓGICOS:

1.-ALIMENTACIÓN:

Número de comidas: 3 comidas al día.

Cantidad: Regular

Calidad: Balanceada

Horario: Desayuno de 8:00 - 9:00 am. Comida de 3:00 - 16:00 pm. Cena de 8:00 – 9:00p.m.

2.- HABITACIÓN:

Duerme: En cama **Piso:** De Loseta **ventilación:** Cuenta con 5 ventanas y 2 puertas.

Iluminación: Eléctrica **Hacinamiento:** Negado **Promiscuidad:** Negado

Drenaje: Cuenta con baño, con todos los servicios. **Agua:** Potable

Ambiente: Urbano, tranquilo. **Vías de comunicación.** Hay microbuses y ellos tienen un Sturu para trasladarse.

3.- Hábitos higiénicos:

Baño diario, cambio de ropa completo diaria, se lava las manos antes de comer, preparar alimentos y después de ir al baño, cepillado de dientes 3 veces al día, buena limpieza de uñas y oídos.

4.-Toxicomanías:

Negadas.

II) PATOLÓGICOS:

1.- Fiebres eruptivas y otros padecimientos propios de la infancia:

Confirmadas, varicela.

2.- Sífilis, Gonorrea, Chancro blando y duro, crestas y verrugas en genitales:

Negados

3.- Tuberculosis: Negado.

4.- Paludismo: Negado

5.- Fiebre tifoidea y otras salmonelosis: Sí hace 4 años.

6.- Hepatitis: Negada.

7.- Otitis: Confirmada a la edad de 5 años

8.- Amigdalitis: Confirmada, casi durante toda su infancia.

9.- Fiebre reumática: Negados

10.- Parasitosis: Negado

11.- Diabetes Mellitus: Negada (Prediabética)

12.- Alergias: Negadas

13.- Neurológicos y psiquiátricos: Negados

14.- Transfusiones: Negado

15.- Inmunizaciones: Confirmadas (Todas)

16.- Traumatismos: Negados

17.- Mutilaciones: Negado

19.- Operaciones: Ninguna

01. Riesgo en el parto PREVI  V	<input type="radio"/> Bajo	<input checked="" type="radio"/> Medio	<input type="radio"/> Alto
02. Hemorragia	<input type="radio"/> Normal	<input checked="" type="radio"/> Moderada	<input type="radio"/> Excesiva
03. Hipertensión	<input type="radio"/> No	Moderada	<input type="radio"/> Severa
04. Hipotensión	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Moderada	<input type="radio"/> Severa
05. Taquicardia	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Moderada	<input type="radio"/> Severa
06. Hipertermia	<input type="radio"/> No	Moderada	<input type="radio"/> Severa
07. Involución uterina	<input type="radio"/> Adecuada	Subinvolución	<input type="radio"/> Atonia
08. Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/> No	Moderada	<input type="radio"/> Severa
09. Edema	<input type="radio"/> No	Regional	<input type="radio"/> General
10. Infección	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Local	<input type="radio"/> Sepsis
11. Emuntorios	<input type="radio"/> Regulares	Con dificultad	<input type="radio"/> No
12. Lactancia	<input type="radio"/> Al seno	Otra	
13. Otros especifique _____			<input type="radio"/> _____
	<input type="radio"/> Riesgo Bajo	Riesgo Medio	<input type="radio"/> Riesgo Alto

PUERPERIO:

<i>Inmediato</i>	<i>hasta 24 horas</i>
<i>Mediato</i>	<i>25 a 72 horas</i>
<i>Tardío</i>	<i>4 a 42 días</i>

4.4.-EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración a la paciente en el área de recuperación en sala de labor.

CABEZA:

Cabeza sin malformaciones ni bordes anormales.

CARA:

Simétrica, sin lesiones ni patología aparente, se aprecia palidez de tegumentos, se observan **rasgos de cansancio o sueño y facie de dolor**.

CUELLO:

Normal con características anatómicas adecuadas, no se palpan nódulos ni datos de alteración.

OJOS:

Grandes, simétricos, conjuntivas normales sin alteración.

BOCA:

Piezas dentales completas, encías y lengua normales se observan cuidadas y sin alteración.

TRONCO:

Tórax con características normales, campos pulmonares bien ventilados.

GLÁNDULAS MAMARIAS:

Senos turgentes con pezón formado, volumen aumentado, tensas, se aprecian con pocas estrías, con secreción de calostro.

ABDOMEN:

Abdomen blando depresible, se aprecia globo de pinar formado a nivel de cicatriz umbilical, útero contraído no se palpan masas ni tumoraciones, vejiga sin globo vesical, con estrías en la piel.

MIEMBROS SUPERIORES:

Brazos normales, sin datos de lesión, movimientos normales, coordinados, tono muscular adecuado, con vena canalizada en el M T izq.

ÁREA GENITAL:

Genitales de acuerdo a la edad y sexo, con sangrado transvaginal rojo brillante en cantidad abundante, no fétida. A la exploración se encuentra **vulva edematizada**, se observan las **suturas de la episiorrafia** por desgarres y lesiones.

MIEMBROS PÉLVICOS:

Muslos con características normales, se aprecian rodillas y piernas simétricas y con características normales, no se observan varices, pies normales sin datos de edema, llenado capilar adecuado, piel integra, no se advierten datos de micosis u otra infección en esta zona.

4.6.-RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica de la Sra. Liliana, nos reportó lo siguiente; Antecedentes obstétricos de importancia para su padecimiento actual; primigesta.

Antecedentes personales no patológicos; lo que nos reporta esta valoración es que lleva una vida tranquila, con buena higiene, su entorno es seguro, cuenta con todos los servicios, su casa es propia, su alimentación es deficiente en cuanto a ingesta de verduras, frutas y agua.

Antecedentes familiares .No se encontró alguno de importancia para su padecimiento actual.

Antecedentes patológicos. La paciente padeció enfermedades propias de la infancia. Ninguna cirugía anterior, padece gripe una vez por año y refiere que es muy sana que casi no se enferma y que es la primera vez que está internada.

Sus laboratorios antes del parto son; hemoglobina de 13, hematocrito de 35, glucosa de 90mg, no hay leucos en orina, el resto de las cifras son dentro de límites normales.

La valoración con PREvigen V nos da como resultado un riesgo medio para el puerperio, lo que nos hace pensar y asumir la responsabilidad de darle un seguimiento y cuidado a ésta paciente durante su estancia en el hospital y elaborar un plan de alta para darle cobertura extramuros en los cuidados y prevenir complicaciones y garantizar la atención de calidad, obteniendo como resultado un puerperio exitoso.

4.7 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

Ésta valoración se realiza en la sala de labor y en el servicio de ginecología durante la estancia de la paciente en el hospital.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

La señora Liliana no presenta problemas para respirar o para oxigenar, el oxímetro reporta una saturación de 99%, Ligera palidez de tegumentos, con buen llenado capilar, no hay presencia de cianosis peribucal o ungueal, en base a la observación que se llevo a cabo dentro de la valoración presenta un patrón respiratorio normal .los parámetros de sus signos vitales, en sala de labor son los siguientes. Temperatura 35.4°C. tensión arterial 90/50, frecuencia cardiaca 86 por minuto, respiraciones por minuto 26, posteriormente en sala de recuperación: temperatura de 36°C,T/A 110/70, frecuencia cardiaca 80xmin, respiración 22xmin.En sala de ginecología sus signos vitales:temperatura36.5°C,tensión arterial110/70,frecuencia cardiaca86xmin,respiración 20Xmin.Se mantuvo estable hasta su egreso.

Datos que manifiestan **dependencia**

Al realizar la valoración no se observaron datos que refiera dependencia.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

La señora Liliana presenta un sangrado transvaginal abundante debido a una laceración del canal de parto por lo que tuvo un **déficit de volumen de líquidos** circulantes, manifestado por hipotensión arterial e hipotermia, mucosas orales deshidratadas. Más tarde comenta que tiene **hambre y sed**. No tiene dificultad para deglutir o masticar sus alimentos, no presenta caries o sarro en las piezas dentarias, encías con buena coloración y refiere que su cepillado de dientes en casa es 3 vez al día.

Datos que manifiestan **dependencia**

La paciente requiere incrementar su volumen de líquidos circulantes con soluciones intravenosas indicadas por el ginecólogo así como proporcionarle una

dieta adecuada. Cuando baja al servicio de ginecología refiere no tener conocimientos acerca de la dieta que debe llevar en su casa al ser dada de alta, ya que nos comenta que anterior a su parto a ella le gustaban los taquitos de suadero, la pancita, el pozole, los refrescos, pocas verduras, carne tres veces por semana, sopas de pasta, pan de dulce, agua solo 1 litro al día. Aquí vemos la necesidad de darle orientación acerca de la dieta que debe de llevar en casa y que debe ser rica en fibra para el cuidado de su salud y la prevención de estreñimiento, así como abundante líquidos de preferencia se recomiendan 2 litros de agua diario para evitar IVU (infección de vías urinarias). Todo lo relacionado a esta valoración está detallado en el apartado que se refiere a los diagnósticos de enfermería y las intervenciones de ésta.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

No tiene antecedentes de enfermedad renal o de intestino. Refiere no tener ni haber padecido problemas para la eliminación, excepto por la episiórrafia, hay un poco de molestia al miccionar.

Datos que manifiestan **dependencia**

El abdomen se encuentra a la palpación, blando depresible, es insuficiente la cantidad de agua que ingiere, debido a que las características de la materia fecal son de consistencia dura y sólida, además su alimentación es pobre en fibra y de líquidos y por ello la necesidad de modificar la dieta. Se le pone el cómodo para micción y evacuación.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

La Sra. Liliana refiere que siente mucho frío (**hipotermia de 35.4°C**) en sala de labor, su piel está fría y diaforética. En sala de recuperación se normaliza su temperatura. Ya estando en el servicio de ginecología comenta la paciente, que su casa cuenta con ventilación e iluminación adecuada. Refiere que en lo general se adapta a los cambios de temperatura muy fácilmente sin ningún problema.

Datos que manifiestan **dependencia**

Refiere la paciente sentir frío, por lo cual se le proporciona un cobertor y se le proporciona calor seco con una lámpara, logrando quitar el frío.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

Estado de conciencia: se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio, no existen problemas músculo esquelético de acuerdo a las diferentes posiciones, hay buena movilización en cama.

Datos que manifiestan **dependencia**.

Se observa solo dificultad para la deambulación debido a la episiorrafia realizada en la sala de labor.(las intervenciones de enfermería para la solución de este diagnóstico están en otro apartado en páginas posteriores).

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

VALORACIÓN.

Datos que manifiestan **independencia**

La señora Liliana se encuentra somnolienta y cansada debido a las horas de trabajo de parto (12hrs.), Durante la entrevista. Ella comenta que en su casa dormía bien y descansaba igual, sin problemas.

Datos que manifiestan **dependencia**

En el momento de la valoración se observó que en sus respuestas mostraba la **necesidad de sueño y descanso** por lo cual lo tomamos como diagnóstico de enfermería. Se le sugiere que en su casa realice ejercicios respiratorios y de relajación ya que le serán de mucha utilidad para reponer energía para estar bien y cuidar a su bebé, también se le sugiere se apoye en sus familiares para el cuidado de ella y su hijo por lo menos los primeros días.

7. NECESIDAD DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADA

VALORACIÓN.

Datos que manifiestan **independencia**

La señora Liliana nos dice que viste de acuerdo a su edad, condición económica, no tiene dificultad para vestirse y desvestirse, su cambio de ropa es una vez al día y según requiera para estar limpia. Por el momento viste la bata que le proporciona el hospital.

Datos que manifiestan **dependencia**

No se observaron datos que manifestaran dependencia.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

La señora Lilibiana, presenta piel limpia íntegra e hidratada, cuero cabelludo y cabello limpios y con brillo. La paciente comenta que en su casa se realiza baño diario y se cambia de ropa limpia, se lava los dientes 3 veces al día, se lava las manos antes de preparar los alimentos, antes de comer y después de ir al baño. Aquí en el hospital el baño general será hasta mañana, por el momento solo parcial (genitales y manos).

Datos que manifiestan **dependencia**

Por el momento no se puede levantar al baño, por lo que se le proporcionó una palangana, agua tibia jabón y toalla para el lavado de manos, y se le hizo un aseo de genitales.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**.

La Sra. Lilibiana durante la entrevista comenta que su casa cuenta con todos los servicios y que es segura en cuanto a puertas y ventanas pues éstas son con protección de herrería, los pisos no son resbalosos, la casa es de una planta y tiene dos recámaras, estancia, comedor, cocina y dos baños, en el patio tiene barda y zaguán y afuera los vecinos se cooperan para pagar a una persona de seguridad. Ella vive con su esposo y es propia su casa, su mamá le regaló el terreno para que ahí construyera y estuvieran cerca una de la otra. .

Datos que manifiestan **dependencia**

La señora Lilibiana presenta una laceración del canal de parto ya suturado por lo cual tiene **riesgo de una infección** en las heridas por la zona en que se encuentran, necesita orientación sobre medidas preventivas de higiene y cuidado para ella y su hijo, también instrucción para detectar signos y síntomas de alarma en ambos. (**Déficit de conocimiento**).

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

No presenta problemas lenguaje, audición o visión, tiene facilidad de palabra, comunica sus dudas y comentarios, tiene tres hermanos, otra mujer y un hombre menores que ella y un hombre que es el mayor. Lleva una buena relación familiar con ellos y sus papas. Hay buena comunicación con su esposo y las respectivas familias, tiene dos cuñados.

Datos que manifiestan **dependencia**

La paciente estando en labor, muestra facies de **dolor intenso** por la episiorrafia e involución uterina y además dice sentirse **angustiada** por no saber porque le duele tanto su vagina, el vientre, la sensación de debilidad y quiere saber cómo esta su hijo. Cuando es instalada en el servicio de ginecología se continúa con la entrevista y se aprecia que tiene problemas para **desempeñar el rol del cuidador** debido al cansancio que manifiesta. Se recurrió a conversar con su esposo, hermana y cuñada para cubrir la necesidad y apoyar en el rol de cuidador. Que fue en lo que se detecto la necesidad. Ellos aceptaron felices de poder cuidar al nuevo miembro de la familia, inclusive hasta se disputaban alegres las primeras horas del cuidado. Es una bonita familia y con mucha disponibilidad y cariño. Más adelante se describen las intervenciones de enfermería que se llevaron a cabo para este diagnóstico.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

VALORACIÓN.

Datos que manifiestan **independencia**

Su creencia es de tipo religioso, pertenecen a la religión cristiana asiste los días martes viernes y domingos por la mañana, la paciente comentó que es ahí donde ella y su esposo han encontrado mucho apoyo, información de la Biblia y guía para llevar bien su matrimonio y que también ambas familias van a esa iglesia lo que hace la convivencia familiar más fácil y con muy pocos problemas entre todos ellos. La paciente se expresa de forma muy positiva ante esto y es agradable en su trato.

Datos que manifiestan **dependencia**.

No se observaron datos que manifestaran dependencia.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

Actualmente la señora Liliana se dedica a su hogar y dice que lo hace con gusto y ahora con su hijo RN dice que su esposo y ella piensan que todavía es mejor que no trabaje fuera de casa. También dice que en un futuro desea continuar sus estudios sin descuidar a su hijo.

Datos que manifiestan **dependencia**

La paciente y su hijo van a requerir el servicio de medicina preventiva, pediatría y ginecología para su vigilancia y seguimiento, en cuanto a la evolución del puerperio fisiológico Planificación Familiar, toma de muestra para Tamiz neonatal y vacunas, etc. Este apoyo les servirá para realizarse como madre y esposa responsable de su familia.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

A la Sra. Liliana le gusta escuchar música, baladas modernas también le gusta bailar con su esposo en las reuniones familiares, ve la televisión y le gusta caminar en sus ratos libres, y una vez por mes se reúne con un grupo religioso para festejar los cumpleaños de los que integran ese grupo. Con su esposo van a visitar a algunos familiares también una vez por mes.

Datos que manifiestan **dependencia**

No encontré datos de dependencia.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

VALORACIÓN

Datos que manifiestan **independencia**

La Sra. Liliana terminó la Secundaria y en sus planes a futuro desea continuar sus estudios de preparatoria, no presenta problemas para desenvolverse en la sociedad, no tiene limitaciones físicas ni psicológicas para el aprendizaje.

Datos que manifiestan **dependencia**.

La Sra. Liliana manifiesta su deseo porque se le enseñe todo lo relacionado con el cuidado que debe tener en casa para ella y su hijo y muestra buena disposición para aprender lo que se le explica y enseña. **(Déficit de conocimiento)**.

4.7.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO REAL:

Angustia; Relacionada con desconocimiento de las causas de su sintomatología y del procedimiento que se esta realizando en ella en ese momento, manifestado verbalmente y con facie de preocupación.

Dolor agudo; Relacionado con lesión en paredes vaginales y perineo manifestado por facie de dolor, verbalización, respuestas motoras y posición antiálgica.

Déficit de volumen de líquidos; Relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos por sangrado transvaginal profuso, manifestado por hipotensión arterial, escalofríos y palidez de tegumentos y una **T/A de 90/50.**

Hipotermia; Relacionada a exposición prolongada al entorno frío de la sala de expulsión y a la hipotensión, manifestada por piel fría, escalofríos, palidez, y una **temperatura de 35.4°C.**

Déficit de alimentación; Relacionada con el ayuno prolongado, por el Trabajo de Parto y manifestado verbalmente.

Déficit en la hidratación; Relacionado con el ayuno y la perdida de líquidos por sudoración excesiva por esfuerzo y el sangrado profuso durante el Trabajo de Parto y manifestado verbalmente.

DIAGNÓSTICO POTENCIAL

Cansancio en el desempeño del rol de cuidador para poder cuidar a su hijo; Relacionado a las horas y esfuerzo del Trabajo de Parto y Parto, manifestado por facie de agotamiento somnolencia y verbalizado.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Riesgo de infección; Relacionado al aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos o alteración de las defensas primarias y secundarias debido a la laceración y reparación del canal de parto, (procedimientos invasivos), manifestado por el edema del área afectada.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O SALUD

Déficit de conocimiento: Relacionado con desconocimiento de técnicas y procedimientos para mejorar el autocuidado en casa. Manifestado por **disposición** en busca de conocimientos y nuevas estrategias para sí mismo en beneficio de su familia, y la petición verbal de que se le enseñe por parte de enfermería.

4.8.-PLANEACIÓN

En esta etapa del **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA** se fijaron los objetivos, las estrategias, los recursos con que contamos para llevar a cabo, el método, etc.

Todo fue basado en las necesidades de la Sra. Liliana y en los diagnósticos de Enfermería, tanto intra como extra hospitalaria, pues se elaboro un Plan de Alta

Para dar una atención integral tratando de cubrir todos los aspectos de mayor relevancia en el proceso de **Salud – Enfermedad** de la Sra. Liliana para reintegrarla lo más pronto posible a sus actividades cotidianas con un mínimo de complicaciones y en beneficio de ella y su familia.

A CONTINUACIÓN SE MUESTRA TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN QUE SE REALIZÓ PARA CADA UNO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DETECTADOS EN EL CASO QUE SE ESTA ABORDANDO.

DIAGNOSTICO REAL

ANGUSTIA; Relacionada con desconocimiento de las causas de su sintomatología y del procedimiento que se esta realizando en ella en ese momento, manifestado verbalmente y con facie de preocupación.

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	REGISTRO	RESULTADO ESPERADO	MODIFICACIÓN DEL PLAN
La Sra. Liliana estará informada de los procedimientos que se le realizan.	<p>Independiente</p> <p>Explicar el procedimiento que se esta realizando y para que es.</p>	La preparación psicológica, como la información de un hecho nos hace sentir más seguras y cooperar con los procedimientos.	Infundir confianza y favorecer que exprese sus temores y dudas y hacerle sentir que no esta sola y que nos preocupamos por su salud.	No se le deja sola y se le muestra a su bebe.	La Sra. Liliana logra tranquilizarse	Ninguna
	<p>dependiente</p> <p>Información del pediatra del estado de salud de su hijo, y que es favorable.</p>	Proporcionar a la usuaria la información correcta y verídica de lo que sucede o se le realiza, disminuye la ansiedad y la angustia.	Hacerle sentir a ella que somos un equipo enfocados a su bienestar y el de su familia.	Observación de la expresión de su rostro identificando signos de tranquilidad.	Expresa felicidad de ver y saber que su hijo esta bien.	Ninguna

DIAGNOSTICO REAL

DÉFICIT DE VOLÚMEN DE LÍQUIDOS; Relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos por sangrado transvaginal profuso, manifestado por hipotensión arterial, escalofríos y palidez de tegumentos y una **T/A de 90/50**

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO	ACCION DE ENFERMERIA	REGISTRO	RESULTADO ESPERADO	MODIFICACIÓN DEL PLAN
Que la Sra. Liliana recuperará el volumen de liquido circulante en su cuerpo y normalizará su T/A.	<p>Independientes</p> <p>Se checa T/A</p> <p>Posición de trendelemburg en un 50%.</p> <p>Colocación de compresas debajo de las piernas para facilitar la buena circulación.</p>	<p>Por la ley de la gravedad y la fisiología de la circulación, la sangre irriga mejor el cerebro y el músculo cardiaco El gasto cardiaco disminuye por la disminución de volumen sanguínea y la T/A baja.</p> <p>Las soluciones intravenosas reponen líquidos perdidos y recuperan el volumen circulante.</p>	<p>Vigilancia cada 15 min. de la T/A y del edo de conciencia</p> <p>Posición trendelemburg al 50%.</p> <p>Col. de compresas en las piernas para facilitar la buena circulación.</p>	<p>T/A cada 15 min. y se anota en hoja de Enfermería.</p> <p>Se vigila sangrado transvaginal e involución uterina, se anotan características y cantidad.</p> <p>Se vigila dosis respuesta de la oxitocina, se maneja como dosis única.</p>	<p>La T/A se normaliza mejora el estado general. de la paciente.</p>	<p>Se regulo el goteo de acuerdo a la respuesta de involución uterina y sangrado transvaginal.</p>
	<p>dependientes</p> <p>Ministración de soluciones indicadas por el medico.</p>					

DIAGNÓSTICO REAL

DOLOR AGUDO: Relacionado con lesión en paredes vaginales y perineo manifestado por facie de dolor, verbalización y posición antiálgica.

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	Intervención de Enfermería	Fundamento Científico	Acción de Enfermería	Registro	Resultado Esperado	Modificación del Plan
	PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
A la Sra. Iliana le disminuirá el dolor en un lapso de 15 min.	Independiente Aplicación de frío	El frío produce vasoconstricción e inhibe la conducción de impulsos dolorosos y edema.	Colocación de bolsa de hielo en región perianal	Cambio de bolsa cada 30 min.	Sede satisfactoria y gradualmente el dolor y el edema	Ninguno
	dependiente Se administro en sala de expulsión analgésico prescrito por el médico I.V.	Favorece el alivio de las molestias que se asocian con el dolor.	Ministración de analgésico con previa toma de T / A, lento y diluido	Ketorolaco 1 amp. I.V. cada 6 hrs. PRN.	Sede el dolor	Ninguno

OBJETIVOS	Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Acción de Enfermería	Registro	Resultado Esperado	Modificación del Plan
La Sra. Liliana Normalizará su temperatura	<p>Independientes</p> <p>Toma de signos vitales.</p> <p>Proporcionar calor</p>	La exposición prolongada al frío es capaz de afectar el termorregulador corporal haciendo que la temperatura baje de las cifras normales.	<p>Se le colocan cobertores a la paciente y una lámpara de chicote en los Ms ls.</p> <p>Monitoreo de los signos vitales</p>	<p>Monitoreo de los signos vitales cada 15 – 30 min, en un tiempo de 2hrs.</p> <p>Anotación en hoja de Enfermería</p>	La Sra. Liliana logró regular su temperatura.	Ninguno

DIAGNOSTICO REAL

HIPOTERMIA; Relacionada a exposición prolongada al entorno frío de la sala de expulsión y a la hipotensión, manifestada por piel fría, escalofríos, palidez, y una temperatura de 35.4°C.

SALA DE RECUPERACIÓN.

DIAGNOSTICO REAL

DÉFICIT DE ALIMENTACIÓN; Relacionada con el ayuno prolongado por el trabajo de parto, manifestado verbalmente.
SALA DE RECUPERACIÓN DE LABOR Y RECUPERACIÓN.

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico	Acciones de Enfermería	Registro	Resultado esperado	Modificación Del Plan
Brindarle a la paciente una dieta adecuada y satisfacer su necesidad de alimentación.	Independientes Brindar Dieta a la paciente	El ayuno prolongado y sumado a esfuerzo excesivo, altera el metabolismo y puede ocasionar Hipoglucemia.	Proporcionarle la Dieta. y Cuidarle a su hijo mientras ella come.	Detectar si hay náusea o acepta bien la vía oral, y anotar en hoja de enfermería.	Satisfactorio	Ninguno
	dependientes Dar dieta indicada		Solicitar y sugerirle al medico una dieta rica en fibra y líquidos abundantes			Ninguno

DIAGNOSTICO REAL

DÉFICIT DE HIDRATACIÓN; Relacionado con el ayuno y la pérdida de líquidos por sudoración excesiva por esfuerzo y el sangrado abundante durante el PARTO, manifestado verbalmente y se observan mucosas orales deshidratadas ligeramente.

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	Intervención de Enfermería	Fundamento Científico	Acción de Enfermería	Registro	Resultado Esperado	Modificación del Plan
La Sra. Liliana se hidratará con la ingesta de líquidos.	Independiente Proporcionar agua filtrada o purificada por vía oral.	La pérdida excesiva de líquidos corporales es causa de deshidratación.	Dar a la paciente abundantes líquidos y motivar la ingesta de agua natural.	Ingesta de 500ml de agua.	Se logra el objetivo	Ninguno
	dependiente Se ministran en sala de expulsión Soluciones indicadas.	La reposición de líquidos al organismo por vía I.V. favorece la hidratación.	Dar continuidad a la ministración de soluciones indicadas	Sol mixta de 1000 para cada 8 hrs.	Satisfactorio	Ninguno

DIAGNOSTICO POTENCIAL

CANSANCIO PARA EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR (Para cuidar a su hijo en ese momento.) Relacionado con las horas de trabajo de parto. Manifestado por verbalización.

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACCIONES DE ENFERMERÍA	REGISTRO	RESULTADO ESPERADO	MODIFICACIÓN DEL PLAN
La Sra. Liliana descansara y dormirá aprox. un lapso de una hora.	<p>Independientes Se darán cuidados Mediatos a su hijo, Se valorará y se vigilará mientras ella trata de descansar.</p>	<p>Durante el Trabajo de Parto y el Parto, para la madre hay un desgaste excesivo de energía, física y emocional, y se refleja en agotamiento y sueño. Lo cual impide que la madre se haga cargo de su hijo en esos momentos.</p> <p>Las primeras horas de vida para el RN son de adaptación al medio ambiente y requiere de atención y cuidado especializado.</p>	<p>1.- Decirle a la Sra. Liliana que trate de descansar que Nosotros cuidaremos y atenderemos a su bebe.</p> <p>2.-Bañar y abrigar al RN, vigilar signos vitales, y dar cuidados mediatos del RN.</p> <p>3.-Colocarlo en bacinete y vigilar estrechamente.</p>	<p>Checar signos vitales Observación y dejarla descansar.</p> <p>Vigilancia estrecha del RN, signos vitales ,anotar en hoja de enfermería y mantener normotermia</p>	<p>La paciente pudo descansar por un lapso de 1 hora.</p> <p>No se registro complicación en la madre o en el RN.</p>	NINGUN CAMBIO
	<p>dependientes Se llevaran a cabo las indicaciones del Pediatra y del Ginecólogo.</p>		<p>Ofrecer formula al RN PRN.</p> <p>Lavado gástrico PRN.</p>	<p>Se le dan 20 ml. de fórmula Aceptando bien la vía oral. Por lo cual no se hace lavado gástrico.</p>	Satisfactorio	

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

RIESGO DE INFECCIÓN; Relacionado al aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos y procedimientos invasivos. Manifestado por las lesiones en el canal vaginal y área con riesgo de contaminación.

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	Intervención de Enfermería	Fundamento Científico	Acción de Enfermería	Registro	Resultado Esperado	Modificación del Plan
Evitar una infección en un lapso de 48 hrs. durante su estancia hospitalaria y posterior a su alta.	Independiente					
	Identificar signos de infección en el canal de parto.	La limpieza inhibe el crecimiento de microorganismos	Identificar si hay aumento de temperatura	Anotar características de las heridas suturadas y secreciones, cantidad y olor si es que lo hay así como de los loquios.	Satisfactorio	Continuar con el mismo tratamiento
	Enseñar a la paciente medidas higiénicas	Los microorganismos actúan de manera oportuna produciendo infección	Aseo adecuado de genitales, sediluvios 2 veces al día, por tres días.			
	Dieta adecuada a su padecimiento	Ayuda en la recuperación y cicatrización de la herida para evitar una infección	Vigilar la ingesta de dieta rica en proteínas, hierro, líquidos y fibra.			
	dependientes	La profilaxis con antibióticos inhibe el crecimiento de microorganismos y evita la infección	Amikacina----- Ampicilina----- Ketorolaco----- Diclofenaco-----	500mg c/ 12hrsIV. 1g. c/6 hrs.IV. 1amp IM PRN 1amp IM PRN		
Ministrar el tratamiento médico						

DIAGNÓSTICO DE SALUD

DISPOSICIÓN para mejorar el afrontamiento de autocuidado potencialmente manifestado en busca de conocimiento y nuevas estrategias para sí misma y su familia.

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
OBJETIVO	Intervención de Enfermería	Fundamento Científico	Acción de Enfermería	Registro	Resultado Esperado	Modificación del Plan
La Sra. Liliana evitará la infección posterior a la laceración del post-parto en una semana y aprenderá el autocuidado para ella y su hijo.	Independiente					
	Independientes Higiene personal	La piel deberá mantenerse seca y libre de secreciones, para evitar la proliferación de microorganismos	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aseo perianal ◆ Colocación de apósito 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Baño diario ◆ Aseo bucal 3 veces al día 	La paciente se siente satisfactoriamente apta para su autocuidado	Ninguna
	Dieta abundante en fibra y líquidos	La ingestión de fibra y líquidos facilita la evacuación	Se le informo de los alimentos que debe consumir	Dieta rica en fibra		
	Signos de Alarma	Conocerlos para detectar la infección	Información y enseñanza	La Sra. Liliana regresa la información por lo que sabemos que sí aprendió		
	Aprenderá todo lo del cuidado del RN y el cuidado de ella.	El adquirir el conocimiento respecto al cuidado en casa, previene complicaciones	Enseñar a utilizar técnicas y procedimientos y facilitar así el autocuidado.	Enseñarle a anotar observaciones y horarios en una libreta.	La Sra. Liliana aprendió con facilidad	Ninguna

4.8.-PLAN DE ALTA

Intervenciones de enfermería **dependientes**.

INFORMACIÓN acerca de:

- ♦ Orientación sobre su tratamiento médico (Horario, tiempo, dosis, vía, etc.)
- ♦ Advertir sobre el efecto o complicaciones que podría causar sino toma su tratamiento completo.
- ♦ Próxima visita médica para revisión del dispositivo intrauterino que se le instalo en sala de labor.
- ♦ Próxima visita a medicina preventiva y al Pediatra.

Intervenciones de enfermería **Independientes**

EDUCACIÓN E INFORMACIÓN acerca de:

- ♦ Aseo diario y cuidado de herida Episiorrafia.
- ♦ Signos de alarma que debe observar, y de presentarlos, debe acudir a urgencias de inmediato, y son: Temperatura, dolor, inflamación, sangrado trans vaginal que debe observar: Color, olor fétido. purulento, etc.).
- ♦ Orientación de lactancia materna (Técnicas de amamantamiento, extracción de leche manual para banco de leche, en caso necesario).
- ♦ Orientación sobre su dieta (abundante en fibra y líquidos), para una buena digestión y prevenir el estreñimiento. Se da una lista de alimentos que contienen estas características y los beneficios que aportan.
- ♦ Relaciones sexuales.
- ♦ Cuidados que debe tener con el DIU.
- ♦ Orientación del cuidado del recién nacido. (vacunas, tamiz, Obs., signos y síntomas de alarma, patrón respiratorio, curación del cordón umbilical, baño, ropa adecuada, estimulación temprana, acudir a su consulta médica para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, etc.)
- ♦ **Entrega por escrito de todo lo anterior**

5.-CONCLUSIÓN

El desarrollar este trabajo me dio la oportunidad de darme cuenta de la gran importancia que representa el aplicar el proceso de atención de enfermería, porque nos permite brindar una atención de calidad y eficaz al paciente individuo o comunidad.

Cada día la práctica de Enfermería requiere de mayor profesionalización, humanismo, ética, desarrollar un trabajo sistematizado basado en el método científico, y el PAE es la herramienta e instrumento que cubre todos esos aspectos.

La Licenciada en Enfermería es una pieza clave en el sistema de los servicios y equipo de Salud. Es de gran importancia que la enfermera sepa detectar los diagnósticos oportunamente y poder darles una solución adecuada y eficaz de forma sistematizada individual y personalizada.

En el caso de la paciente Liliana, la valoración del riesgo para el puerperio, fue muy útil ya que basada en el PAE me fue posible elaborar y aplicar estrategias encaminadas a la prevención de una complicación, enseñar y motivar el autocuidado en casa de la paciente, así como el cuidado del RN, hacer conciencia de la importancia que representa una estrecha vigilancia del control prenatal.

Finalmente el PAE nos permite evaluar nuestras acciones dentro de la profesión, midiendo los resultados y así poder realizar ajustes de acuerdo a las necesidades del usuario por la flexibilidad en su aplicación.

La enseñanza y experiencia que me deja la realización de éste trabajo es; la plena convicción de que la **Licenciada en enfermería** es, dentro del equipo de Salud, Líder en el **Cuidado de la Salud, Promoción, Prevención** de enfermedades y la **Rehabilitación** de éstas.

Necesitamos que nuestras intervenciones se vean reflejadas en las tasas de morbi-mortalidad y podamos de esa forma medir su oportunidad y eficacia, para ello necesitamos fundamentar nuestras acciones y aplicar el **Proceso de Atención de Enfermería** y en mi opinión el **modelo de Virginia Henderson** es el más completo para poder detectar las necesidades de la persona y formular los diagnósticos de enfermería y poder dar la atención integral y de calidad, logrando así los objetivos trazados , elevando la profesionalización de la enfermería. Considero que lo anterior es la necesidad actual de la misma profesión, del individuo y de la comunidad.

6.-SUGERENCIAS

Llevar un control Prenatal oportuno y eficaz, lo que permitirá evitar complicaciones como la que en éste trabajo se expone.

Hacer una valoración de detección de riesgo obstétrico en la sala de labor.

Para la Licenciada en Enfermería, sugiero de ser posible aplicar el Proceso Atención de Enfermería tanto dentro del hospital como fuera de éste con el objeto de brindar de forma efectiva y de calidad los cuidados al usuario y familia.

7.-BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Lefevre Rosalinda. (1999) Aplicación del proceso de Enfermería.4ta edición en español.Springer Verlag, Iberica, España, 1999.

Marriner T.A. Raile A.M. Modelos y teorías en enfermería.4taedición.EditorealHarcourt Brance.1999.

Antología Obstetricia.EditorialTalleresdeimpresióndelaENEO 2007.

Antología Teorías y Modelos. Editorial Talleres de impresión de la ENEO. 2007

Collière. MF. Promover la vida. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.

El Manual Merck.- Novena Edición. Harcourt Brace

Fernández Ferrín, Carmen, et, al. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Masson-Salvat Barcelona

K.R.Niswander-Obstetricia-práctica clínica-2ºedición-Ed.RevertéBarcelona
1987.

Carpenito L.J._Diagnósticos de Enfermería 5ª edición, Ed. McGraw-Hill.
Interamericana.Madrid España.

Manual cto de Enfermería 4Ta Edición Blanco y negro Tomo I McGraw-Hill.
Interamericana

Manual de la Enfermería- Grupo Editorial Océano / Centrum.

Ed. 2006.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006.

Phaneuf, Margor Inf. M.A. Cuidados de Enfermería. Un proceso de atención de Enfermería. Edición 1993. Editorial Interamericana McGraw-Hill.Madrid. España.

Phaneuf, M. “Las necesidades Fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en cuidados de Enfermería “. McGraw – Hill Interamericana Madrid 1993 pp.

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asinat_tear_metod5.htm.

www.mediks.com/médicos/articulos/phpide=3698-

www.mayas.vady.mx/articulo/compartidos.html-.

groups.msn.com/partos lactancia materna/tvpginaweb1.msnw-.

www.noticiahispanoamericana.com/news.phpnid-

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003466.htm

www.vademecum.com.mx

www.es.wikipedia.org/wiki/parto

8.-ANEXOS -1

INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Fecha. 24-Julio2008.

Nombre: Liliana M.A **Edad:** 22 años **Peso:** 62 Kg. **Talla:** 1,58 mts.

Fecha de Nacimiento: 17-Agosto-1986

Sexo: Mujer

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria completa **Fecha de Admisión:** 23-Julio-2008**Hora:**
22:00hrs.

Edo Civil Casada.

Domicilio: calle Tulipanes # 5 col.Las Rosas

Institución: Hospital General “ Dr. Carlos Calero Elorduy” de Cuernavaca Mor.

Servicio: Toco Cirugía

Miembro de la Familia o persona significativa: Esposo

Diagnóstico de Ingreso: Embarazo de 39.2 SDG + T de P.

Diagnóstico de Egreso: Puerperio con complicación por laceración del canal de parto.

Menarca: 12 años **Ritmo:** 28 x 3 **FUR** .24-10-2007 **FPP**31-07-2008 **M.P.F:** no
realizado

VSA: 21 años **Gesta.** 1 **Para:** 1 **Cesáreas:** 0 **Abortos:** 0

Pareja sexual: 1 **Grupo. Sanguíneo** A +

El ultimo embarazo fue a termino si **parto normal** si

Hubo mortalidad no **número de hijos vivos** 1

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.

Menarca: 12 años **Ritmo:** 28 x 3 **FUM2** 24-10-2007 **FPP31-** 07- 2008 **M.P.F:** ninguno **VSA:** 21 años **Gesta.** 1 **Para:** 1 **Cesáreas:** 0 **Abortos:** 0 **Pareja sexual:** 1 **Grupo. Sanguíneo** A+

El ultimo embarazo fue a termino sí **parto normal** sí

Hubo mortalidad no **número de hijos vivos** 1

INTERROGATORIO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Abuela materna viva con demencia senil.

Abuelo materno vivo con Hiperplasia Prostática Benigna

Abuelo paterno finado por Muerte natural.

Abuela paterna finada por causa desconocida

El Padre de la paciente vivo aparentemente sano.

La Madre de la paciente viva con HTA controlada desde hace 5 años.

Aterosclerosis, Tuberculosis, Sífilis, Artritis, Alergias, Hipertensión Arterial, Varices, se desconocen en el resto de la familia.

ANTECEDENTES PERSONALES:

I) NO PATOLÓGICOS:

1.-ALIMENTACIÓN:

Número de comidas: 3 comidas al día.

Cantidad: Regular

Calidad: Balanceada

Horario: Desayuno de 8:00 - 9:00 am. Comida de 3:00 - 16:00 pm. Cena de 8:00 – 9:00pm

TIPO DE ALIMENTACIÓN	No DE VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
CARNE	3/7	
VERDURAS	3/7	DEFICIENTE
FRUTAS	3/7	DEFICIENTE
LEGUMINOSAS	2/7	
PASTAS	5/7	
LECHE	5/7	
HUEVO	6/7	
No.DE TORTILLAS	6 al día	
No. DE PIEZAS DE PAN	3al día	EXCESO
Agua:Its.x día o vasos al día	1 lt al día	DEFICIENTE

2.- HABITACIÓN:

Duerme: En cama **Piso:** De Loseta **ventilación:** Cuenta con 5 ventanas y 2 puertas.

Iluminación: Eléctrica **Hacinamiento:** Negado **Promiscuidad:** Negado

Drenaje: Cuenta con baño, con todos los servicios. **Agua:** Potable

Ambiente: Urbano, tranquilo. Vías de comunicación. Hay microbuses y ellos tienen un Sturu para trasladarse.

3.- Hábitos higiénicos:

Baño diario, cambio de ropa completo diaria, se lava las manos antes de comer, preparar alimentos y después de ir al baño, cepillado de dientes 3 veces al día, buena limpieza de uñas y oídos.

4.-Toxicomanías:

Negadas.

5.- Ocupación:

Ama de casa

6.- Escolaridad:

SECUNDARIA.

II) PATOLÓGICOS:

1.- Fiebres eruptivas y otros padecimientos propios de la infancia: Confirmadas, varicela.

2.- Sífilis, Gonorrea, Chancro blando y duro, crestas y verrugas en genitales:
Negados

3.- Tuberculosis: Negado.

4.- Paludismo: Negado

5.- Fiebre tifoidea y otras salmonelosis: Sí hace 4 años.

6.- Hepatitis: Negada.

7.- Otitis: Confirmada a la edad de 5 años

8.- Amigdalitis: Confirmada, casi durante toda su infancia.

9.- Fiebre reumática: Negados

10.- Parasitosis: Negado

11.- Diabetes Mellitus: Negada (Prediabética)

12.- Alergias: Negadas

13.- Neurológicos y psiquiátricos: Negados

14.- Transfusiones: Negado

15.- Inmunizaciones: Confirmadas (Todas)

16.- Traumatismos: Negados

17.- Mutilaciones: Negado

19.- Operaciones: Negado

01. Riesgo en el parto PREVI <input checked="" type="radio"/> V	<input checked="" type="radio"/> Bajo	<input type="radio"/> Medio	<input checked="" type="radio"/> Alto
02. Hemorragia	<input checked="" type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Moderada	<input checked="" type="radio"/> Excesiva
03. Hipertensión	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Moderada	<input checked="" type="radio"/> Severa
04. Hipotensión	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Moderada	<input checked="" type="radio"/> Severa
05. Taquicardia	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Moderada	<input checked="" type="radio"/> Severa
06. Hipertermia	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Moderada	<input checked="" type="radio"/> Severa
07. Involución uterina	<input checked="" type="radio"/> Adecuada	<input type="radio"/> Subinvolución	<input checked="" type="radio"/> Atonía
08. Insuficiencia respiratoria	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Moderada	<input checked="" type="radio"/> Severa
09. Edema	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Regional	<input checked="" type="radio"/> General
10. Infección	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Local	<input checked="" type="radio"/> Sepsis
11. Emuntorios	<input checked="" type="radio"/> Regulares	<input type="radio"/> Con dificultad	<input checked="" type="radio"/> No
12. Lactancia	<input checked="" type="radio"/> Al seno	<input type="radio"/> Otra	
13. Otros especifique _____			<input checked="" type="radio"/> _____
	<input checked="" type="radio"/> Riesgo Bajo	<input type="radio"/> Riesgo Medio	<input checked="" type="radio"/> Riesgo Alto

PUERPERIO:

Inmediato

hasta 24 horas

Mediato

25 a 72 horas

Tardío

4 a 42 días

ANEXOS- 2

LACERACIONES DEL CANAL DE PARTO

CONCEPTO

Consiste en las soluciones de continuidad en el cerviz uterino, en las paredes vaginales y vulva que

LACERACIONES DEL CANAL DE PARTO

se producen durante el 3er período del trabajo de parto.

Clasificación.

Las laceraciones del canal del parto se clasifican en 3 grados, que a continuación se mencionan:

Grado I.- Comprende mucosas de vagina, piel del perineo o ambos.

Grado II.- Abarca mucosas del músculo elevador del ano, que puede extenderse a uno o ambos

surcos vaginales.

Grado III.- Comprende mucosas, piel, músculos perineales, esfínter anal, recto.

ETIOLOGÍA.

La más frecuente es el parto rápido o precipitado, producto macrosómico o en presentación anormal.

También se presenta en el uso inadecuado de fórceps.

Existen varios factores:

Presentaciones y posiciones anormales (de pelvis o podálica)

Tamaño de la pelvis y configuración interna.

Capacidad del útero para contraerse (Trabajo de parto prolongado)

Madres adolescentes y no preparadas para este evento.

Parto instrumental (Fórceps)

No realizar episiotomía.

EPIDEMIOLOGÍA.

En la actualidad es raro ver que haya esta complicación, existen métodos preventivos para evitar las laceraciones, por ejemplo la episiotomía.

La frecuencia es variable y esta va ligada al personal que realiza la atención obstétrica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La persistencia de sangrado transvaginal (fresco rojo brillante) después de ocurrido el alumbramiento y ante la presencia del útero bien contraído y la certeza de que la placenta se expulsó en su totalidad. Los signos y síntomas pueden ser prolongados y de gran magnitud.

De acuerdo con el **grado de la lesión**: La paciente manifestara:

Sangrado transvaginal rojo brillante

Disminución de la T/A

Taquicardia

Taquipnea

Diaforesis Piel pálida y fría

Somnolencia

DIAGNÓSTICO

Inspección que permita visualizar lo suficiente el fondo uterino y paredes vaginales

Identificar tipo sangrado, cantidad y color (rojo brillante, o > de 500 ml)

Verificar útero contraído

Certeza de que no hayan quedado restos placentarios

COMPLICACIONES

Hemorragias transvaginales profusas, debido a;

Desgarros de vagina, perineo, músculo elevador del ano. Queda lesionado el esfínter anal

Desgarros del cuello uterino.

Infección puerperal.

PREVENCIÓN

Valoración minuciosa, seguimiento y vigilancia adecuada y periódica en la etapa prenatal.

Preparación para el trabajo de parto (ejercicios para fortalecer el músculo del periné, ejercicios de respiración y relajación conocimiento de lo que es el Trabajo de Parto y Parto y como puede la paciente colaborar durante el).

US para detectar productos macrosómico.

Realizar la posición de litotomía para fomentar la comodidad y acelerar el descenso del producto.

Proteger el perineo contra los desgarros.

Realizar la episiotomía para facilitar la expulsión del producto y ampliar el canal de la salida del mismo.

TRATAMIENTO

MEDICO Y QUIRÚRGICO.

El **tratamiento es quirúrgico**: según el grado de lesión y consiste en la reparación mediante suturas absorbibles como el catgut crómico del # 1/0 o 2/0, para lograr hemostasia y afrontar los bordes. En este caso las suturas pueden ser irregulares, se suturan los músculos de la vagina, mucosas, periné, labios mayores o menores (cara interna) de acuerdo como este el desgarrro o laceración. Previo a la reparación se infiltra, para anestesia con xilocaína al 1% o al 2%.

El **tratamiento médico**: Consiste en antibiótico terapia I.V., soluciones I.V. analgésicos, antiinflamatorias y mantener limpia el área afectada.

PUERPERIO INMEDIATO:

Es un periodo crítico con un alto riesgo de complicaciones. La madre permanecerá en la sala de recuperación, se valorará profilaxis farmacológica de la hemorragia.

Las complicaciones más frecuentes son hemorragia y shock, por lo que deberemos valorar signos y síntomas.

Una vez estabilizada pasa a la sala de hospitalización general.

SIGNOS Y SÍNTOMAS A CONTROLAR EN EL PUERPERIO

INMEDIATO:

- Nivel de consciencia.
- Tensión arterial.
- Frecuencia cardiaca.
- Temperatura.
- Frecuencia respiratoria.
- Diuresis.
- Valoración hemorragia genital.
- Características uterinas.
- Estado de la episiotomía.

SIGNOS Y SÍNTOMAS A CONTROLAR EN EL PUERPERIO TARDÍO:

- Estado general.
- Tensión arterial.
- Frecuencia cardiaca.
- Temperatura.
- Dolor (localización y características).
- Involución uterina .
- Características de los loquios (olor, color).
- Estado episiotomía.
- Función urinaria e intestinal.
- Estado de las mamas.

ALTA HOSPITALARIA

INFORMACIÓN

- Tratamientos y cuidados específicos si precisara.
- Equipo sanitario de referencia.
- Controles y revisiones a realizar.
- Modificaciones psicológicas del puerperio.
- Conceptos básicos de educación sanitaria:
 - Hábitos generales.
 - Alimentación
 - Higiene
 - Vestimenta
 - Gimnasia paulatina
 - Entorno familiar. Problemas
 - Sexualidad
 - Planificación familiar
- Lactancia
- Cuidados neonatales

POSIBLES COMPLICACIONES PUERPERALES

HEMORRAGIA POSPARTO

Es la causa más común de sangrado excesivo durante el ciclo del parto. Pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal sin complicaciones, ya que el volumen sanguíneo de la gestante aumenta uno o dos litros durante el embarazo. La paciente tolera bien esta pérdida de sangre.

La hemorragia puede ser temprana (primeras 24 horas) y tardía (después de las primeras 24 horas hasta 6 semanas tras el parto). El riesgo aumenta si se presenta en las primeras 24 horas, porque una región venosa extensa se encuentra expuesta tras la

separación de la placenta. La pérdida de sangre de 500 a 600 ml en el parto es normal, de 1000 ml es normal en cesárea. El cuerpo responde a la hipovolemia aumentando la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. La disminución del volumen de sangre hace que la piel y las membranas mucosas palidezcan, se enfríen y humedezcan. A medida que continúa la pérdida de sangre se reduce el flujo cerebral y la paciente se muestra inquieta, confusa, ansiosa y letárgica.

Cuidados inmediatos

- Identificar la causa específica.
- Administración de líquidos intravenosos para mantener el volumen circulante.
- Proporcionar oxígeno para aumentar la saturación, valoración de la misma.
- Introducir catéter Foley para valorar el funcionamiento renal.

DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO: por traumatismos y laceraciones. Los traumatismos incluyen: laceraciones vaginales, perineales o cervicales. Todas deben ser suturadas de inmediato. Las grandes ocurren siempre en partos difíciles o precipitados, en primigrávidas con niños grandes o en partos instrumentados. Es muy importante revisar el canal del parto tras el expulsivo. Se sospecha de laceraciones cuando hay un sangrado excesivo y el fondo uterino está firmemente contraído. La hemorragia es de un color rojo vivo brillante a diferencia de los loquios que son oscuros.

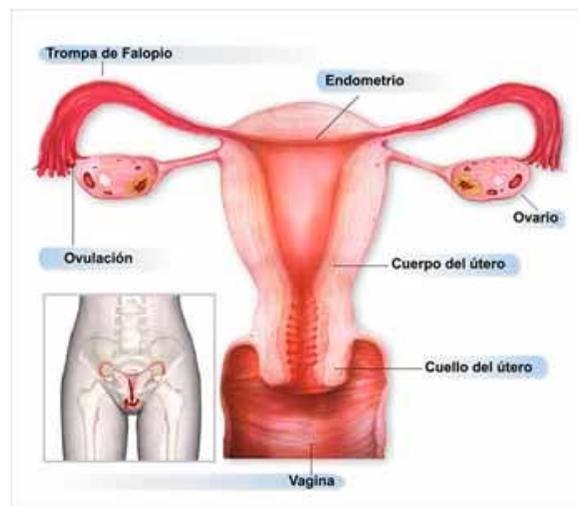
ANEXOS 3

GENITALES INTERNOS:

Los genitales internos Femeninos son: la vagina, el cérvix, útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

La **vagina** es un tubo muscular, capaz de dilatarse considerablemente, con una longitud aproximadamente de 10 cm. El primer tercio de la vagina desde la entrada es muy sensible, mientras que el resto solo tiene receptores de presión por lo que es poco sensible. La lubricación vaginal, que se presenta durante la excitación sexual, es producida por la vagina, este fluido permite que la entrada y los movimientos del pene durante el coito sean suaves e indoloros.

El **cérvix** es un pasaje cilíndrico estrecho que se conecta en su extremo más inferior con la vagina. En su extremo superior, el cervix se ensancha para formar el segmento uterino inferior (el isthmo); el segmento uterino inferior se ensancha en el llamado fondo uterino.



El **útero** es un órgano hueco de paredes musculares gruesas, tiene forma de pera y ocupa la cavidad pélvica.

La pared gruesa del útero esta formada de tres capas: endometrio, miometrio, y serosa. El endometrio (mucosa uterina) es la capa más interna que cubre internamente la cavidad del utero. A través del ciclo menstrual, el endometrio crece progresivamente haciendose más grueso con una fuelle rica de irrigación sanguínea para preparar el útero para la implante potencial de un embrión. Si no hay implante, una porción de esta capa es eliminada durante la menstruación. El miometrio es la capa media y más

gruesa del útero y está compuesto de músculo liso (involuntario). El miometrio se contrae durante la menstruación para ayudar a expeler la capa endometrial desprendida y durante el parto para propulsar el feto del útero. La capa exterior, o la serosa, es una capa fibrosa fina, contigua con las estructuras extrauterinas del tejido conectivo tales como ligamentos que dan soporte mecánico al útero dentro de la cavidad pélvica. El tamaño uterino de una mujer no embarazada varía con edad y el número de embarazos, pero mide aproximadamente tres pulgadas y media de largo y pesa cerca de un sexto de libra.

Las **trompas de Falopio** entran por los ángulos superiores del útero, desembocan por los extremos cerca de los ovarios.

Dentro de los genitales internos, también estarían los músculos pélvicos, son los músculos que forman el suelo de la pelvis, son fundamentales en las contracciones musculares durante el coito. Hay tres grupos diferentes de músculos, los más importantes son los músculos **pubococcígeos**, que son los que rodean la vagina.

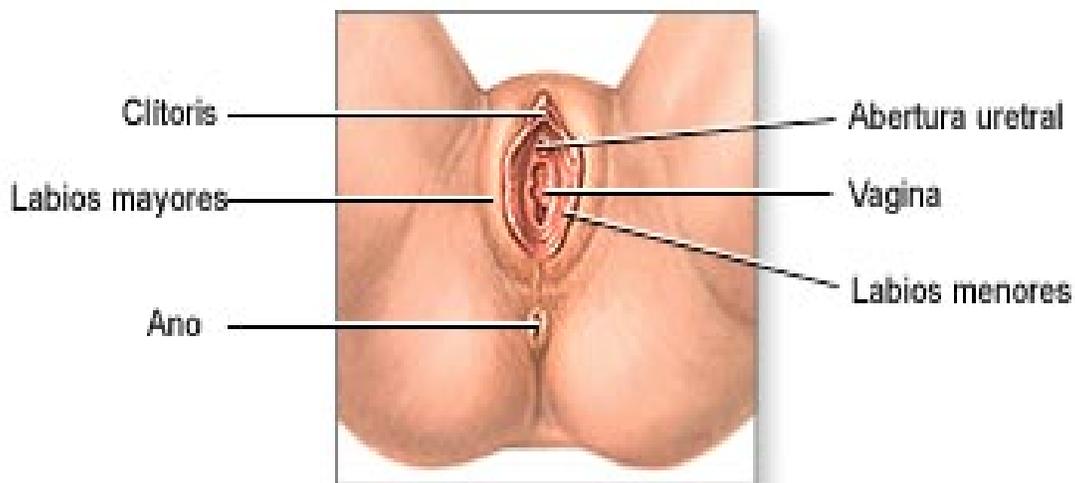
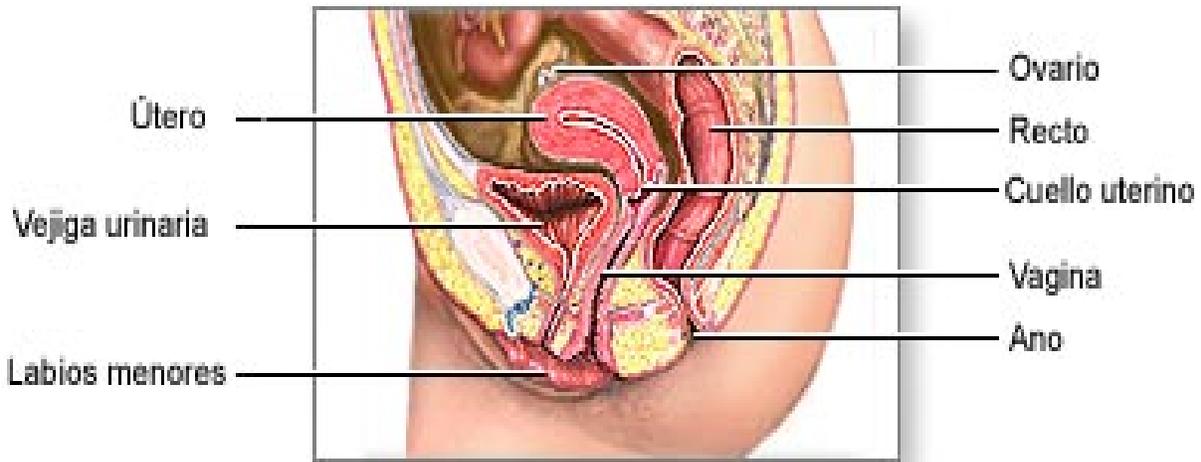
Los **ovarios** son las glándulas sexuales femeninas, con dos funciones principales:

- formar células aptas para la reproducción (ovogénesis)
- secretar hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progesterona, que controlan el ciclo menstrual, el desarrollo de los órganos sexuales, las glándulas mamarias y caracteres sexuales secundarios.

Los ovarios se desarrollan al lado de los riñones, en la fosa ovárica uno a cada lado del útero, en la pared lateral de la pelvis. Su forma se asemeja a una almendra grande en la mujer desarrollada. El polo superior se cubre por la boca fimbriada (en forma de trompeta) de la trompa de Falopio, y el polo inferior mira hacia el útero se encuentran sostenidos por ligamentos.

Anatomía reproductiva femenina

Las estructuras externas de la anatomía reproductiva femenina comprenden los labios menores y los mayores, la vagina y el clítoris. Las estructuras internas son el útero, los ovarios y el cuello uterino.



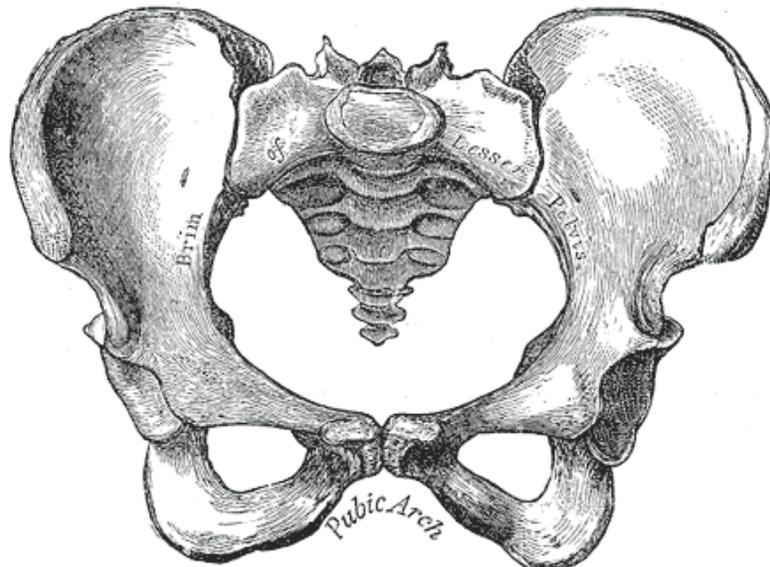
PELVIS ÓSEA

LA PELVIS (*pelvis* PNA) es la región anatómica más inferior del [tronco](#). Siendo una cavidad, la pelvis es un embudo ósteomuscular que se estrecha hacia abajo, limitado

por el [hueso sacro](#), el [cóccix](#) y los [coxales](#) (que forman la *cintura pélvica*) y los [músculos](#) de la pared abdominal inferior y del [perineo](#).

Genéricamente, el término *pelvis* se usa incorrectamente para denominar a la [cintura pelviana](#) o pélvica misma. Más adelante se abunda en esto.

Topográficamente, la pelvis se divide en dos regiones: la **pelvis mayor** o (también se le puede llamar pelvis Falsa) y la **pelvis menor** o (pelvis Verdadera) . La pelvis mayor, con sus paredes ensanchadas es solidaria hacia adelante con la región abdominal inferior, las fosas ilíacas e hipogastrio. Contiene parte de las vísceras abdominales. La pelvis menor, la parte más estrecha del embudo, contiene la [vejiga urinaria](#), los [órganos genitales](#), y parte terminal del [tubo digestivo](#) (recto).



Pelvis ósea [femenina](#), vista frontal. Predomina la dimensión transversal. [Sacro](#) y [cóccix](#), menores.