



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**Estudio de caso dirigido a una embarazada con alteración de
las necesidades de: descanso y sueño, eliminación urinaria y
prevención de riesgos**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

**Paula Norma Pérez Muñoz
No. Cuenta: 405119000**

MTRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL

ASESORA



Noviembre, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	pag
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	1
MARCO DE REFERENCIA	2
Proceso de Atención de Enfermería	2
Concepto	2
Valoración	3
Diagnóstico	5
Planeación	7
Ejecución	8
Evaluación	8
Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson	9
Antecedentes de Formación de Henderson	9
Principales conceptos	11
14 Necesidades fundamentales	13
Embarazo Múltiple	15
Preeclampsia	18
Infección de Vías Urinarias	19
METODOLOGÍA	
Valoración	22
Diagnóstico de Enfermería	22
Planeación	22
Ejecución	23
Evaluación	23
INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	24
Valoración	24
Diagnósticos de Enfermería y Planeación	34
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUCCIÓN

La Enfermería, requiere de profesionales capaces de tomar decisiones razonadas basadas en la evidencia científica; en este sentido, la formación profesional constituye un elemento esencial que permite garantizar que los integrantes de este gremio tengan los conocimientos, capacidades y cualidades para desempeñar un servicio profesional de calidad.

El Estudio de Caso se realizó utilizando dos ejes; el primero, es de carácter metodológico centrado en el Proceso de Atención de Enfermería.(PAE). Este, es considerado por el gremio profesional como el método de elección para ejercer la práctica del cuidado profesional. Exige a los profesionales de esta disciplina, conocimientos y experiencias que le permitan analizar, deducir, inferir y sintetizar los datos que valora para tomar las decisiones que sean más favorables para el bienestar de la persona (paciente) que requiere de sus cuidados profesionales. También exige habilidades de interacción y comunicación ya que el cuidado implica la relación entre dos o más personas.

El segundo eje, es el conceptual, el cual retoma los aspectos teóricos de Virginia Henderson. La intención de este eje, es ubicar a la enfermera en el cuidado de la persona y no solo de la enfermedad.

El Proceso de Atención de Enfermería, se dirigió a una mujer de 32 años de edad, con un embarazo múltiple que afectó sus necesidades de: descanso y sueño, eliminación urinaria y de prevención de riesgo.

Mediante este método, nos enfocamos a proporcionar la ayuda y orientación

El trabajo se ha integrado en cuatro capítulos, el primero hace referencia a los objetivos, el segundo al marco teórico que da sustento al Estudio de Caso, el tercero a la metodología y el último capítulo presenta la instrumentación del Proceso de Atención de Enfermería, se termina con las conclusiones y la bibliografía.

I OBJETIVOS

1.1 General

A través del Proceso de Atención de Enfermería, ayudar a la embarazada a satisfacer su necesidad de descanso y sueño, eliminación urinaria y prevención de riesgos.

1.2 Específico

1. A través de la valoración obtener datos que permitan identificar:

- a) La independencia o dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- b) Los problemas que afectan las necesidades.

2. Con base a los problemas identificados, establecer los diagnósticos de enfermería pertinentes.

3. Planear los cuidados de enfermería que ayuden a resolver los problemas que afectan la satisfacción de las necesidades de la embarazada.

II MARCO DE REFERENCIA

2.1 Proceso de Atención de Enfermería

2.1.1 Concepto.

El Proceso Atención de Enfermería se define como un método sistemático que permite brindar cuidados centrados en el logro de objetivos de forma eficiente¹

También se entiende como un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales de los pacientes²

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.³

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

2.1.2 Antecedentes.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión en:

1955	Hall lo descubrió como un proceso distinto	
1959	Johnson	} Desarrollan un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual
1961	Orlando	
1963	Wiedenbach	
1967	Yura y Walsh	} Fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: Valoración, planificación, ejecución y evaluación

¹ . (Alfaro 1999)

² brunner 1982

³ Idem 2

1970	Blach	} Añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases
1974	Roy	
1975	Mundinger	
1975	Jauran	
1976	Aspinal	

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo familia y comunidad.⁴

2.1.3 Valoración.

La valoración se define como primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatologías con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

Su objetivo es obtener información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud, a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud.

Los datos que se obtienen en la valoración pueden ser:

- 1) Subjetivos: Son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual. P/E El dolor, el temor, la debilidad, la impotencia.
- 2) Objetivos: Es la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos. P/E; frecuencia cardiaca, color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc.

⁴ Iyer 1997:9

3) Históricos: Se refieren a hechos del pasado y se relacionan con la salud del usuario. P/E; antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos.

4) Actuales: Son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. P/E; la hipertensión, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad.

Las fuentes a través de las que se puede obtener datos son:

a) Fuente directa o primaria: Son el usuario y su familia constituye la principal fuente de información.

b) Fuentes indirecta o secundaria: Son el expediente clínico, los amigos y otros profesionales de salud; porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. También la constituyen los libros, las revistas científicas, etc.

Los métodos que se utilizan para la valoración son:

a) Entrevista: Es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad; la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.⁵

b) Observación: Esta herramienta debe de utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente y el entorno físico o psicodinámico que lo rodea.

c) Exploración física: Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería

⁵ Carpenito pp 24

y medicas. Este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Instrumentos de registro:

El registro de la información es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Su objetivo es favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria.

Los registros se llevan a cabo en formatos, tarjetas o libretas de control, entre ellos figuran plantillas de personal, plantillas de tramites administrativos, calendarización de actividades, programación de proyectos, programación de educación continua, productividad en cada uno de los servicios, recepción y entrega de turnos, encuestas, distribución de pacientes, evaluación de actividades y supervisión, vales, censos, consumo de material y equipo, material para procesar, control de medicamentos, etc. La práctica de la información y registros en forma completa y precisa, es esencial para proteger tanto al paciente como al mismo personal de enfermería.

2.1.4 Diagnóstico de enfermería.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.⁶

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados, que son responsabilidad de las enfermeras.⁷

⁶ Iyer 1997:3

⁷ Aprobado en la 9ª conferencia, 1990 NANDA

Antecedentes (NANDA) ANTECEDENTES: En 1973 tuvo lugar el primer congreso sobre diagnósticos de enfermería. A raíz de esta reunión, se creó el *National Group For the Classification of Nursing Diagnosis* (Grupo Nacional para la Clasificación de diagnósticos de Enfermería). Compuesto por enfermeras procedentes de lugares de Estados Unidos y Canadá y en el que estaban representados todos los elementos de la profesión: asistencia, docencia e investigación. Desde 1973 hasta hoy en día, el grupo nacional se ha reunido en catorce ocasiones. En 1982 se cambió el nombre de la organización por el de *North American Nursing Association* y en Marzo de 1990 la asamblea general del noveno congreso de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería.

Clasificación del diagnóstico de enfermería: La NANDA, clasificó los diagnósticos en:

a) Real: Describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen.

Este tipo de diagnóstico consta de cuatro componentes.

1. Etiqueta: Describe el problema
2. Factores relacionados: Describe las causas que están originando el problema.
3. Características que lo definen: Identifica los signos y síntomas o datos objetivos y subjetivos.

b) De riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud; procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyan al aumento de la vulnerabilidad. Se integra por dos componentes: La etiqueta y el factor relacionado.

c) Diagnóstico de salud: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se apoya en las características definitorias al igual que con los restantes diagnósticos, se identifican resultados sensibles a las intervenciones de enfermería y se seleccionan las intervenciones que proporcionan una alta probabilidad de alcanzar los resultados.

Formato PES: El formato PES, describe el problema (P), la etiología o causa E y los signos o síntomas (S). Este formato, permite darle una estructura lógica al diagnóstico.

✚ Etiqueta diagnóstica (P):

Proporciona nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representan un patrón de claves relacionadas.

✚ Factores relacionados (E):

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a un diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

✚ Características definitorias (S):

Claves observables, inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.

Para escribir una formulación diagnóstica de enfermería real, se debe unir el problema real con su etiología usando las palabras “relacionado con” añadiendo “manifestado por” o “evidenciado por” y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnóstico.

2.1.5. Planeación.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problema 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. Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

Sus objetivos son:

- ✚ -Dirigir los cuidados de enfermería.
- ✚ -Dirigir las anotaciones.
- ✚ -Servir como único registro que pruebe que se ha confeccionado un plan de cuidados de enfermería individualizado que posteriormente puede usarse para la evaluación.

Las intervenciones de enfermería se clasifican en:

- ✚ Independientes: Son aquellas que realiza la enfermera como resultado de su conocimiento y capacidad.
- ✚ Interdependientes: Son aquellas realizadas conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta.
- ✚ Dependientes: Son aquellas que se realizan bajo una prescripción médica.

Criterios de Resultado: Los criterios de resultado están comprendidos por los formatos que existentes en las unidades o los manuales ya existentes y se busca ofrecer al paciente una mejora en base a lo establecido por instituciones tales como Las Nurse Practice Acts, La American nurses (ANA), y el propio centro de trabajo. Los estándares de la ANA son validos para todas la enfermeras y también para todo el proceso de formación de enfermaría; sin embargo las leyes de cada estado y las políticas y procedimientos de los diversos centros difieren entre si, por lo que debe responsabilizarse de conocerlos a medida que cambie de una institución a otra. Algunas instituciones de salud establecen criterios de resultados para determinados problemas.

Su objetivos es asegurar un resultado muy especifico que podrá evaluar posteriormente para determinar en que medida el paciente a alcanzado los objetivos fijados para el.

2.1.6 Ejecución.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Su objetivo es evaluar el resulta de las intervenciones de enfermería en función de los criterios de evaluación.

2.1.7 Evaluación.

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

Sus objetivos son:

- ✚ Evaluar la consecución de los objetivos.
- ✚ Evaluar las demás etapas del proceso de enfermería para determinar que factores han contribuido al éxito o fracaso del plan de cuidados.
- ✚ Dar por concluidos los cuidados de enfermería, si estos ya no son necesarios, o cambiar el plan de cuidados a fin de incorporar las modificaciones pertinentes.

2.2 Necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

2.2.1 Antecedentes de formación

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- ✚ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...
- ✚ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ✚ 1922 inicia su carrera como docente.
- ✚ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ✚ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ✚ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- ✚ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- ✚ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

- ✚ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ✚ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ✚ 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- ✚ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ✚ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- ✚ Catholic University.
- ✚ Pace University.
- ✚ University of Rochester.
- ✚ University of Western Ontario.
- ✚ Yale University.
- ✚ Old Dominion University.
- ✚ Boston College.
- ✚ Thomas Jefferson University.
- ✚ Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

En 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

En 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia y en 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

2.2.2 Principales conceptos.

- ✚ Necesidad: En su obra original, Virginia Henderson no hace un concepto como tal de necesidad; sin embargo ella reconocía que las necesidades no tienen el significado de carencia o problema, sino de requisito, y aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.
- ✚ Independencia: La define como la capacidad que tiene la persona para satisfacer por si solo sus 14 necesidades mediante las acciones adecuadas que la persona realiza por ella misma o que otros hacen en su lugar de acuerdo a su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.
- ✚ Manifestaciones de independencia: Son conductas o indicadores de conductas que la persona u otra hacen en su lugar, que resultan adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.
- ✚ Dependencia: Insatisfacción de una o varias necesidades básicas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes que realiza la propia persona o que otra hace en su lugar según la edad, etapa del desarrollo o situación de salud.
- ✚ Manifestaciones de Dependencia: Las manifestaciones de dependencia se concretan en lo que se desarrolla como fuentes de dificultad, las fuentes de

dificultad son los obstáculos o las limitaciones personales que hacen que la persona no pueda satisfacer de manera independiente las 14 necesidades básicas. Se agrupan en:

- Falta de conocimientos, falta de fuerza y falta de voluntad.
- Falta de conocimientos: se refiere a qué hacer y como hacerlo, con relación a cuestiones esenciales sobre la propia persona y sobre los recursos propios y del entorno disponibles.
- Falta de fuerza: se refiere a poder hacer, entendida como la capacidad física y psicológica de la persona para llevar a cabo las acciones necesarias en cada situación.
- Falta de voluntad: Se refiere a querer hacer, entendida como la falta de deseo, anhelo o motivación de la persona para comprometerse, ejecutar y mantener las acciones oportunas para satisfacer las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades durante el tiempo necesario.

✚ Rol de Enfermería: Consiste en suplir y/o completar a la persona, en la realización de las actividades que contribuyan a la salud, recuperación o a morir en paz. Este rol se clasifica en:

- Relación enfermera-paciente: se establecen tres niveles en relación enfermera-paciente y estos son:

*La enfermera como sustituta del paciente: esta se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

*La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

*La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

- -Relación Enfermera-Médico: la enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque, existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.
- -Relación Enfermera-Equipo de Salud: la enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud,

todos se ayudan mutuamente para complementar de cuidado al paciente, pero no deben realizar las tareas ajenas.

Causas de dependencia.

* Biofisiológicos: Hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de los aparatos y sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.

* Psicológicos: Se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento).

*Socioculturales

Se refiere al entorno físico de la persona (próximo y mas lejano) y los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciado a la persona. Así, el entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo.

El entorno físico mas lejano se refiere al de la comunidad donde vive el individuo. (clima, orografía, contaminación). El entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, las escuelas y las leyes políticas por las que se rige la comunidad de referencia. Todo ello mediatiza las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de los grupos de las personas con las personas que se desarrolla. Debe mencionarse el hecho de que la valoración de que todos estos factores deben ser relacionados con salud y no con otras variables.

14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.- Respirar con normalidad.

Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

Enfermera: debe averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

2.- Comer y bebe adecuadamente.

Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el Mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

Enfermera: averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. Enseñanza acerca de los alimentos y De la nutrición.

3. Eliminar los desechos del organismo.

Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

Enfermera: averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

4. Movimiento de una postura adecuada.

Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

Enfermera: averiguar las necesidades de ejercicio del paciente Planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.

5. Dormir y descansar.

Enfermera: averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

6. Seleccionar vestimenta adecuada.

Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

Enfermera: averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, etc.

7. Mantener la temperatura corporal:

La oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 37.5°C.

Enfermera:

a) Con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca.

b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa.

8. Mantener la higiene corporal.

Enfermera: averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene.

9. Evitar los peligros del entorno.

Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

Enfermera: mantener un medio sano; enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

10. comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones.

Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

Enfermera: averiguar con el cliente sus medios de comunicación: enseñanza: medidas para mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc.

11. Ejercer culto a Dios de acorde con la religión.

Enfermera: expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.

Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; planificación de actividades recreativas; enseñanza de: actividad recreativa, de medios de precaución seguros.

14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

2.3 EMBARAZO MÚLTIPLE

2.3.1 Concepto:

Se entiende por embarazo múltiple al hecho de que en el interior de la cavidad uterina se desarrollan dos o más fetos.

2.3.2 Frecuencia:

Por fortuna es un acontecimiento raro ya que se presenta un embarazo gemelar por cada 200 embarazos, aproximadamente, y un embarazo en quíntuples por cada 40 000, 000.

En el embarazo gemelar el 30% de los casos son de gemelos univitelinos o monocigóticos, cuyos productos proceden de un ovulo y que por lo tanto son idénticos.

El 70% en cambio corresponden a gemelos bivitelinos o dicigóticos, que son el resultado de la fecundación de dos óvulos, cuyos productos difieren en sus características.

Los embarazos gemelares tienden a producirse con mayor frecuencia en la raza negra (cerca de uno por cada 70 partos), que en la raza blanca (cerca de uno por cada 80 partos) y con menor frecuencia en la raza oriental. Los gemelos no idénticos se asocian a una tendencia familiar; la incidencia de gemelos idénticos no esta influenciada por los factores genéticos o étnicos. La gestación múltiple tiende a incrementarse con la edad y paridad avanzada. El empleo de drogas inductoras de la ovulación y los procedimientos de fertilización asistida ha aumentado la incidencia de embarazos múltiples.

La duración de un embarazo gemelar se acorta a medida que aumenta el número de fetos, en los gemelares el 30% de los partos se producen antes de la semana 36 y el 75% antes de la 38.

Caracteres clínicos de los gemelos univitelinos y bivitelinos.

Univitelinos o monocigóticos	Bivitelinos o dicigóticos
El desarrollo corporal y la talla	Más o menos tienen el mismo

generalmente son diferentes.	desarrollo corporal y la talla es similar, el peso individual de cada producto es inferior al de productos únicos.
El parecido psíquico y físico entre ellos es muy grande.	El parecido es igual al que tienen hermanos de partos distintos.
Siempre tienen igual sexo, grupo sanguíneo y factor Rh.	Pueden ser del mismo o diferente sexo, el grupo sanguíneo y el factor Rh pueden ser iguales o diferentes.
Las huellas plantares y digitales son muy parecidas.	Las huellas plantares y digitales siempre son distintas.
Existe una placenta con dos cordones.	Hay una placenta independiente para cada uno.
El feto con corazón más vigoroso impulsa mayor cantidad de sangre a su gemelo, ocasionando que este se desarrolle más. Al producto grande se le llama transfundido y al pequeño transfusor.	Cada feto tiene circulación independiente.
Un solo corión envuelve a ambos fetos; puede haber un solo amnios, o cada feto puede tener su propia envoltura amniótica.	Cada feto tiene su propia bolsa; hay dos corión y dos amnios, el líquido amniótico es independiente para cada uno.

2.3.4 Factores de Riesgo relacionados con:

Embarazo

- ❖ Factores no patológicos asociados con el embarazo
- ❖ Nivel socioeconómico y cultural bajo
- ❖ Trabajo físico intenso
- ❖ Embarazo fuera de matrimonio o no deseado
- ❖ Dificil acceso de servicios asistenciales o de calidad deficiente
- ❖ Edad materna <16 años ó > de 35 años
- ❖ Talla de la madre menor de 150 cm
- ❖ Peso materno <50 kg >80 kg

Factores patológicos maternos con el embarazo:

- ❖ Nefropatías
- ❖ Endocrinopatías
- ❖ Hipertensión arterial
- ❖ Anemia severa

- ❖ Desnutrición crónica
- ❖ Padecimientos cardiorespiratorios crónicos
- ❖ Psicopatías
- ❖ Intoxicaciones
- ❖ Toxicomanías
- ❖ Intervenciones quirúrgicas
- ❖ Multiparidad
- ❖ Abortos en repetición
- ❖ Insuficiencia ístmico-cervical
- ❖ os o más partos pre termino
- ❖ Esterilidad primaria
- ❖ Malformaciones uterinas

Factores de riesgo relacionados con el TDP y parto

- ❖ Placenta previa
- ❖ Desprendimiento prematuro de placenta
- ❖ Placenta acreta
- ❖ Rotura del útero
- ❖ Inversión uterina
- ❖ Desproporción cefalopelvica

Factores de riesgo relacionados para el feto

- ❖ Sufrimiento fetal
- ❖ Síndrome de aspiración meconial
- ❖ Anormalidades de la presentación
- ❖ Prolapso del cordón umbilical
- ❖ Asfixia fetal

Factores de riesgo relacionados con el recién nacido

- ❖ Dificultad respiratoria
- ❖ Ictericia
- ❖ Prematurez
- ❖ Sepsis neonatal

2.4 Preeclampsia

2.4.1 Concepto:

Es un trastorno multiorganico exclusivo del embarazo, que se caracteriza por el aumento de la presión arterial, proteinuria así como edema. Y puede ocurrir a partir de la semana 20 de gestación.

2.4.2 Clasificación:

Preeclamsia leve: Presión arterial de 140/90 a 160/110mgHb y proteinuria menor de 5g/24h.

Preeclamsia severa: Presión arterial mayor o igual a 160/110 más proteinuria mayor de 5g/24.

2.4.3 Factores de Riesgo:

Primigestas, antecedentes de hipertensión crónica, edad mayor a 35 años, embarazo gemelar, preeclamsia en embarazos anteriores, madres solteras, multiparidad, polihidramnios.

2.4.4 Signos y síntomas:

Aumento rápido de peso corporal, cefalea, fosfenos, tinitus, edema de cara y manos, aumento de la presión arterial, presencia de proteína en la orina.

2.4.5 Tratamiento:

Son los cuidados prenatales en donde se pueden detectar a las pacientes que pueden cursar con esta complicación del embarazo y llevar un buen control del mismo, ya que en casos de preeclamsia severa, se puede requerir de adelantar el parto aún en casos alejados de la fecha probable de parto, con los riesgos que implica la prematuridad, en casos muy severos corre peligro la vida tanto de la mamá como la del producto.

2.5 Infección de Vías Urinarias:

Las complicaciones renales mas frecuentes durante el embarazo son las infecciones del aparato urinario. Los cambios anatómicos y también los efectos hormonales producen angostamiento del uréter inferior y la pelvis renal con dilatación del uréter superior. Estos cambios causan éxtasis de orina, vaciamiento retrasado, reflujo urinario y aumento del riesgo de infecciones, el riesgo aumenta a medida que el embarazo progresa y también en la etapa del puerperio.

La infección urinaria puede propiciar que el embarazo se complique con preeclamsia, prematuridad e incluso muerte fetal.

Las infecciones de vías urinarias de acuerdo con su localización clínica se designan como uretritis, cistitis y pielonefritis. Actualmente se emplea la clasificación siguiente que se basa en la evolución clínica del proceso infeccioso: Bacteriuria asintomática, bacteriuria asintomática significativa, infección urinaria con manifestaciones clínicas y pielonefritis.

Bacteriuria asintomática; Esta entidad fue definida por Kass en 1964, como la presencia de más de cien mil colonias de gérmenes por ml. de orina, sin que exista sintomatología, se encuentra en el 4 a 6 % de las mujeres embarazadas.

Bacteriuria asintomática significativa; es cuando el estudio de orina, además de los gérmenes, se encuentra leucocituria acentuada en más de 10 leucocitos por campo.

2.5.1 Etiología:

El germen causal más frecuente de la infección de vías urinarias es la escherichia coli en un 80% y otros entero bacteriáceos como proteus, pseudomonas, klebsiella y aerobacter. Su punto de partida es generalmente la mala higiene perineal, y su vía de acceso ascendente por la poca longitud uretral.

Las embarazadas con embarazo múltiple, múltiples compañeros sexuales o antecedentes de enfermedades renales, tienen mayor riesgo de bacteriuria y por lo tanto deben someterse a análisis con frecuencia.

2.5.2 Cuadro clínico:

Sitio de infección	Denominación del cuadro clínico	Cuadro clínico
Vías urinarias inferiores Uretra Vejiga urinaria Mitad inferior de uréteres	Uretritis Cistitis ureteritis	Generalmente de aparición paulatina. Síntomas generales poco evidentes Anorexia Nauseas Escalofríos Fiebre Pérdida de peso Síntomas urinarios Polaquiuria Disuria generalmente

		terminal Tenesmo vesical Hematuria ocasional Ardor a la micción Dolor abdominal en la palpación de la vejiga y por vía vaginal Oliguria En ocasiones urgencia de la micción. Orina turbia y fétida.
Vías urinarias superiores Mitad superior de uréteres Pelvicilla renal riñones	Pielonefritis Glomerulonefritis nefritis	Generalmente de aparición súbita Síntomas generales de mayor intensidad Fiebre elevada Síntomas específicos Dolor en uno o ambos flancos Dolor a la percusión de una o ambas fosas renales Disuria y otros síntomas urinarios Hematuria frecuente.

2.5.3 Tratamiento:

Cuando se cuentan con estudios de laboratorio (ego, y cultivo con antibiograma), se administrara tratamiento específico, según el resultado y siempre que las drogas empleadas no afecten al producto.

De preferencia al inicio, se deben administrar antimicrobianos que se eliminan en su mayor parte por la orina, como el ácido nalidíxico (wyntomilon), en dosis de dos tabletas de 250mg. 3 veces al día, el nitrofurano (macrofantina o fenodantina), en dosis de 100mg. Cada 8 horas, si el cuadro no cede o en caso necesario se pueden utilizar antibióticos de acción sistémica como ampicilina, gentamicina, clindamicina, cefalosporinas. La elevación de la temperatura se controla con antipiréticos. Se deben de repetir pruebas de control posteriores al tratamiento para tener la certeza de que se resolvió el problema.

III. METODOLOGÍA

El estudio de caso tiene dos ejes, uno metodológico sustentado en el Proceso de Atención de Enfermería y otro conceptual sustentado en la teoría de las 14 Necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El eje metodológico permite a la enfermera identificar la independencia o grado de dependencia que presenta la embarazada en la etapa actual del desarrollo, (embarazo). También permiten identificar los problemas que están afectando las necesidades de la embarazada, establecer los diagnósticos de enfermería y en función a ello tomar las decisiones que permitan planear, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería que ayuden a la señora a mejorar su bienestar.

El eje conceptual, ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en sus necesidades, considerando los factores físicos, psicológicos, espirituales y culturales.

3.1 VALORACIÓN

La valoración de enfermería se realizó bajo el consentimiento de la mujer, se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física. Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual esta diseñada por necesidades.

3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Los datos obtenidos en la valoración, fueron analizados teniendo como referente el conocimiento y la experiencia. A partir de este análisis se identificaron los problemas que afectaban las necesidades de enfermería y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las etiquetas de la NANDA y el formato PES.

3.3 PLANEACION

Con base a los diagnósticos formulados, se tomaron las decisiones que permitieron planear los cuidados de enfermería para mejorar el bienestar de la embarazada.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente; cada una de ellas fue fundamentada en el Formato de Plan de Atención de enfermería.

Por cada diagnóstico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

Los criterios de resultado, permiten comparar y analizar los resultados obtenidos, después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el Plan de Atención.

3.4 EJECUCION

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesaria la consulta de fuentes secundarias como; artículos impresos y electrónicos, libros y revistas ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo en informativo.

3.5 EVALUACIÓN

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultado; estos rubros dieron la pauta para evaluar el Plan de Atención inicial y retroalimentarlo.

Siendo el Proceso de Atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de los documentos que permitieran dar sustento teórico.

IV. INSTRUMENTACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

4.1 VALORACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Brenda Álvarez Ramírez

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Nacionalidad: mexicana

Escolaridad: bachillerato

Estado civil: casada

Domicilio: Río frío #89 tetelcingo

Ocupación: Al hogar

Religión: Católica

Lugar de origen: tetelcingo, Mor

Fecha de nacimiento: 16-03-82

Familiar responsable: Esposo

2.- PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FISICO:

Características físicas (ventilación, iluminación etc.)

Tiene cuatro ventanas , por las ventanas entra luz y ya en la noche pone sus focos

Casa propia Rentada Prestada No. De habitaciones: 4

Tipo de construcción: tabicón/lamina asbesto
1 gallo, 1 perro

Animales domésticos: 3 gallinas,

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua intra domiciliaria Hidrante público otros

ELIMINACION DE DESECHOS:

Control de basura:

Drenaje: SI NO Fosa séptica Si NO
Letrina SI NO

OTROS: pasa una camioneta a recoger basura pero les cobra \$10 (la bolsa grande) pasa el camión de la basura 2 veces a la semana (basura municipal)

VIAS DE COMUNICACIÓN:

Colectivos Teléfono Pavimentación
Camiones Metro Carreteras
Taxi Carro particular Otros

RECURSOS PARA LA SALUD:

Centro de salud IMSS ISSSTE Consultorio particular Otro

HABITOS HIGIÉNICO-DIETETICOS	ALIMENTACIÓN
ASEO Baño: (tipo y frecuencia) <u>diario</u> De manos: (frecuencia) <u>cuando cocina y va al baño</u> Bucal: (frecuencia) <u>3 veces al día</u> Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) <u>diaria</u>	Carne: <u>4</u> x7 Huevo: <u>6</u> x7 Verduras: <u>7</u> X7 Leche: <u>7</u> x7 Frutas: <u>6</u> x7 Tortillas: <u>7</u> x7 Leguminosas: <u>7</u> x7 Pan: <u>5</u> x7 Pastas: <u>4</u> x7 Agua: <u>1</u> lts. X día o vaso al día

ELIMINACIÓN

Horario y características:

Intestinal: por la noche

Vesical: 5-6 veces al día

Descanso:

(Tipo y frecuencia) cuando duerme. Más o menos 6-7 horas

Sueño (horario y característico) se acuesta a las 23:00 hrs. aprox. y se levanta 6:30 pero no duerme por que no se acomoda

Diversión y/o deportes: va a fiestas que la invitan

Trabajo y/o estudio: todo el día en el hogar

OTROS: labores domésticos

COMPOSICIÓN FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONOMICA
Esposo	30 años	Chofer de combi	100%
Hija	07 años	Estudiante	

DINÁMICA FAMILIAR:

Conviven bien, cuando su esposo descansa, van al mercado a hacer sus compras y los 3 cooperan en las actividades domesticas

DINÁMICA SOCIAL: asisten a la escuela dominical de la iglesia local y van a fiestas de su comunidad, lleva a su hija al parque

COMPORTAMIENTO (Conducta cotidiana): Agresivo tranquilo
Indiferente alegre cooperador

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Grupo y Rh: ORH+

Tabaquismo SI NO

Alcoholismo SI NO

Farmacodependencia SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS			ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.		
Diabetes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Sífilis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

Epilepsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	S.I.D.A	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
HTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Malformaciones congénitas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Cardiopatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Consanguinidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nefropatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Retraso mental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Enf. Infecto-contagiosas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos psiquiátricos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Toxoplasmosis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes quirúrgicos		SI <input type="checkbox"/>	Neoplasias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			Cardiopatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Tipo: <u>cesárea</u>			Nefropatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Antecedentes Transfusionales		SI <input type="checkbox"/>			
NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Antecedentes traumáticos		SI <input type="checkbox"/>			
NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Otros: <u>Su papa es diabético</u>					

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

CARDIORRESPIRATORIO

Palpitaciones Lipotimias Disnea Tos
 Acufenos dolor torácico Edema Disfonías
 Fosfenos Ruidos cardiacos Cianosis
 Expectoración

Observaciones: Refiere dolor en la espalda y se siente sofocada

DIGESTIVO

Aparato normal Vómito Meteorismo
 Diarrea Disminución apetito Náuseas
 Distensión Hematemesis Pirosis
 Dolor abdominal Ruidos peristálticos. Melena

(Aumentados) Prurito anal Disfagia
Regurgitaciones Constipación Pujo y tenesmo

Observaciones: siente muy grande su panza por el embarazo

GENITOURINARIO.

Dolor Piuria Dismenorrea
Disuria Poliuria Prurito
Tenesmo Disuria Leucorrea SI NO
Hematuria Esgurrimiento uretral

Glándulas mamarias: mamas simétricas con buena formación de pezones

Observaciones: la paciente refiere haber tenido IVU, y estar tomando ampicilina 1 tab. VO c/8 hrs. de 500 mg, el ginecólogo le cambia la dosis a 2 tabletas cada 6 hrs. por 7 días y en 10 días volver a tomar EGO.

NERVIOSO.

Cefalea Aislamiento Inconsciencia Miosis
Temblores Insomnio Anisocoria Babinski
Depresión Falta de memoria Midriasis ansiedad

Observaciones:

Dice que no puede dormir por que no se acomoda

MÚSCULOESQUELÉTICO.

Deformidades óseas, Crepitación Aumento
Hipertricosis Articulares y musculares de peso
ROTS Galactorrea hipertiroidismo
Mialgias Polidipsia Sudoración
Hipotiroidismo Artralgias Polifagia
Diabetes Várices Pérdida de peso

Observaciones: Refiere dolor en espalda, Lumbo-sacro

PIEL Y ANEXOS

ORGANOS DE LOS SENTIDOS.

Híper pigmentación	<input checked="" type="checkbox"/>	Heridas	<input type="checkbox"/>	Otorrea	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	Dermatosis	<input type="checkbox"/>	Edema	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	Epistaxis	<input type="checkbox"/>	Acné	<input type="checkbox"/>
Turgencia	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	Prurito	<input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos del	

Olfato Observaciones: Tiene comezón en el abdomen y ligero edema en pies y muy marcada la línea media.

Comprensión y/o comentario acerca de su problema o padecimiento

Al sentarse la paciente se muestra con incomodidad y con dificultad para levantarse, se siente fatigada y habla como si le faltara un poco la respiración.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

Menarca: 14 años	Telarca: 12años	Dismenorreica:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO
Pubarca: 13 años		Incapacitante:	SI <input type="checkbox"/>	NO
Ciclos: 28x5		control prenatal:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Duración: Generalmente 5 y raro 8		Tipo:	Condones	
FUR: 03-Junio-08		Periodo de utilización:	del 2002 al	
FPP: 10-Marzo-09		Papanicolau:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antes de su embarazo		Fecha: 5 años aprox. Resultado:		
SDG: 33.4		Vigilancia prenatal:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gestas: 04		No De compañeros sexuales:	2	
Paras: (Embarazo Ectópico)		Periodo Intergenésico:	2 años-2	
Normal				
Abortos: 1				
CESAREAS 1				
Circuncidados: No sabe				
meses/2 años 5 meses/2 años 10 meses				

No. de gestas	Fechas	Parto	Fórceps Causa	Cesárea	LUI	Peso del producto	Observaciones
01	26-01-01	-	-	*	-	3200	No abrió su cuello

02	Marzo-03	-	-	-	*	-	Tenia 2 meses 1/2
03	Agosto-05	-	-	Embarazo Ectópico LAPE			
04	FUM 03/Junio/2008 FPP 10/Marzo/2009						

EVOLUCION DEL EMBARAZO.

Embarazos previos	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	producto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Embarazos ectópicos	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Muerte neonatal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Embarazo molar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Óbito	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pre eclampsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Inf.vías Urinarias	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Parto prematuro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Inf. Genital	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso antes del embarazo: 54 kg

Pulso: 78'

Peso actual: 68.500 kg

Tensión Arterial: 110/60

Peso Ideal: 64 kg

Temperatura: 37.3°C

Sobre peso de: 4.5 Kgrs.

Respiración: 26'

Estatura: 1.61 Mts

INSPECCIÓN

ASPECTO FISICO:

Paciente con ligera dificultad respiratoria, se ve fatigada con buena coloración de tegumentos, hidratada con ligero edema de miembros inferiores, con poca dificultad para sentarse

PALPACIÓN. Abdomen con fondo uterino de 38 cm con movimientos fetales

PERCUSIÓN En exploración abdominal, se sienten movimientos fetales

AUSCULTACIÓN Se escucha FCF de 138' y 140'

Participación del paciente y la familia en el diagnostico y Rehabilitación: Es cooperadora su familia y esposo trabajan y tiene que ir ella sola a sus consultas con su hija.

PROBLEMA O PADECIMIENTO ACTUAL.

Síntomas: Dolor en espalda, infección de vías urinarias, insomnio, comezón en abdomen, cansancio y fatiga

Signos:

Pulso: 78'

Respiración: 26'

Temp. : 37.3°C

T/A: 110/60

EXÁMENES DE LABORATORIO

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
<p>No llevaba consigo el examen de laboratorio del EGO, se le da solicitud de laboratorio para realizar:</p> <ul style="list-style-type: none">• EGO• BHC• QS• TP, TPT• GPO, RH		

PROBLEMAS DETECTADOS:

(DE MAYOR A MENOR IMPORTANCIA):

Infección de vías urinarias

Dolor en espalda

Insomnio

Se siente cansada

Tiene dificultad para sentarse, acostarse y levantarse en mesa de exploración

Se le explica como debe llevar a cabo su tx. Medico.

FACTORES DE RIESGO REALES	FACTORES DE RIESGO POTENCIALES
<ul style="list-style-type: none">- Infección de vías urinarias- Dolor de espalda (lumbro-sacra)- Insomnio- Cansancio	<ul style="list-style-type: none">- Amenaza de parto prematuro- Rotura prematura de membranas

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Brenda Álvarez Ramírez
Edad: 26 años
Sexo: femenino
Nacionalidad: mexicana
Escolaridad: bachillerato
Estado civil: casada

Domicilio: Río frío #89 tetelcingo
Ocupación: Al hogar
Religión: Católica
Lugar de origen: tetelcingo, Mor
Fecha de nacimiento: 16-03-82
Familiar responsable: Esposo

1.- Respirar con normalidad.

Signos:

Pulso: 78'

Respiración: 26'

Temp. : 37.3°C

T/a: 110/60

2. Comer y beber adecuadamente.

Refiere la paciente que come carne 4 veces a la semana, huevo y frutas 6 veces por semana, verduras, leche, leguminosas y tortillas 7 veces a la semana, pan 5 veces por semana, pastas 4 veces por semana y agua 1 litro por día.

3. Eliminar los desechos del organismo.

Su eliminación intestinal es del diario y por las noches sin problema de estreñimiento.

Orina aproximadamente 5 ó 6 veces al día, y no presenta dolor ni ardor al miccionar.

4. Movimiento de una postura adecuada.

No realiza ninguna rutina de deportes, solo realiza sus labores domesticas pero se cansa rápido ya que por el mismo embarazo le impide mantenerse en movimiento continuo ya que presenta dolor en la espalda.

5. Dormir y descansar.

Duerme. Más o menos 6-7 horas se acuesta a las 23:00 aproximadamente y se levanta a las 6:30, pero en el transcurso de la noche no duerme completamente ya que no se acomoda para dormir y se despierta muy seguido. por tal motivo no descansa muy bien.

6. Seleccionar vestimenta adecuada.

Se viste con ropa holgada no le gusta andar apretada prefiere andar cómoda y con ropa no calurosa. y en cuanto al calzado por lo general anda con huaraches o sandalias.

7. Mantener la temperatura corporal:

Su temperatura corporal cuando llego al consultorio fue de 37.3 c
En tiempo de calor se llega a bañar hasta dos o tres veces por día.

8. Mantener la higiene corporal.

Se baña del diario en tiempo de calor más de una vez, su cambio de ropa es completo y del diario, su aseo bucal es de tres veces al día. Su lavado de manos es antes de preparar alimento o comer y después de ir al baño.

9. Evitar los peligros del entorno.

Refiere la paciente haber tenido infección de vías urinarias, así como también de no descansar y dormir como ella quisiera.

10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones.

Su dinámica familiar es buena convive con su esposo e hija, el esposo no es agresivo es tranquilo y alegre pero pasa más tiempo con su hija ya que su esposo en ocasiones trabaja todo el día.

11. Ejercer culto a Dios de acorde con la religión.

Asiste a la escuela dominical de la iglesia local es de religión católica.

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

No tiene trabajo, solo realiza las labores de su hogar pero muy lenta por que ya se cansa mucho y se siente luego sofocada, por que siente su panza muy grande.

13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.

Asiste a fiestas de su comunidad, hacen el mandado juntos con su esposo cuando el descansa y también llevan al parque a su hija.

14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

No estudia.

4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Después de haber realizado la valoración y analizado los datos, se concluye que la Sra. Presenta dependencia parcial, debido a que presenta dificultades para satisfacer las siguientes necesidades:

Necesidad	Problema	Diagnostico de Enfermería
Descansar y dormir	Insomnio	Deterioro del patrón del sueño, relacionado con cambios físicos del embarazo, manifestado por despertarse tres o más veces por la noche.
Descansar y dormir	Fatiga	Fatiga, manifestado por cansancio y la incapacidad de mantener las actividades habituales.
Eliminación de los desechos del organismo	Infección de vías urinarias	Infección, relacionada con el riñón manifestada por ego positivo
Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada	Dolor de espalda	Deterioro de la movilidad física, relacionada con dolor en la espalda, manifestada, por enlentecimiento del movimiento al sentarse y levantarse con dificultad.
Evitar peligros del entorno	Riesgo de parto prematuro	Riesgo de parto prematuro relacionado con embarazo múltiple e infección de vías urinarias.

Objetivo

Lograr que la señora, pueda conciliar el sueño.

Diagnostico de enfermería	Intervención ID= Independiente D= Dependiente ITD=Interdependie	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Deterioro del patrón del sueño, relacionado con cambios físicos del embarazo, manifestado por despertarse tres o más veces por la noche.</p>	<p>Se le orientara a la paciente, a que se coloque almohadas bajo la espalda para tomar una mejor posición y pueda dormir.</p> <p>Utilizar medidas relajantes para que pueda dormir, como tomar un baño de agua tibia o un vaso de leche tibio.</p> <p>Se le ofertara a que realice pequeñas siestas durante el día.</p>	<p>El sueño es una de las formas para recuperar la energía, perdida durante el día y por lo tanto genera descanso físico y mental.</p> <p>Una siesta durante el transcurso de la mañana, facilitan la inducción del sueño y la restauración de patrones normales del sueño.</p>	<p>A través de la relajación, disminuir su estrés y que la pte. Nos exprese de forma verbal que puede conciliar el sueño por más de seis horas.</p>	<p>La paciente adoptara estas medidas para dormir un poco más.</p> <p>La paciente esta dispuesta a realizar siestas en el transcurso del día.</p>

PLANEACIÓN

OBJETIVO

Concientizar a la paciente de que las tareas domesticas o el exceso de trabajo puede provocar un parto prematuro.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID= independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	criterio de evaluación	Evaluación
Fatiga, manifestado por cansancio. Y la incapacidad de mantener las actividades habituales.	Estimular a la paciente a aumentar los periodos de descanso y disminuir la actividad física.	El reposo en cama puede facilitar que se evite el parto prematuro, ya que retrasa la aparición del parto y promueve el crecimiento fetal uterino.	La pte. Al dormir mejor, disminuirá su fatiga, expresándola de manera verbal.	La paciente mantendrá reposo relativo durante el resto de su embarazo.

PLANEACIÓN

OBJETIVO

Orientar a la paciente sobre las medidas higienico-dieteticas que debe tener para disminuir la infección de vías urinarias

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Infección relacionada con el riñón manifestado por ego positivo.	<p>*Informar a la paciente que ingiera al menos dos litros de agua al día.</p> <p>*Orientar a la paciente que evite la retención urinaria.</p>	<p>* La ingesta de líquidos intermitentes disminuye bacterias, estasis, concentración de calcio y precipitación de cristales urinarios.</p> <p>* Una ingesta adecuada de líquidos, mejora la función renal y la prevención de ivu.</p> <p>* El drenaje intermitente, estimula la función de la vejiga, evita sobre distensión</p>	Mediante los habito higiénico-dietéticos que se le enseñan a la pte. se espera disminuir el riesgo de un parto prematuro por ivu.	<p>* La paciente tomara agua constantemente durante el día.</p> <p>La paciente miccionara cada vez que sea necesario.</p>

	<p>Enseñarle a la señora A que tome medidas higiénicas después de Cada micción.</p>	<p>y favorece el vaciamiento residual completo y regularmente mantiene estéril la orina y conserva la capacidad vesical sin reflujo uterovesical.</p> <p>* una buena higiene perineal evita*la paciente mantendrá máxima limpieza en la región el riesgo de infección.</p>		<p>La paciente mantendrá, máxima limpieza en la región genital.</p>
--	---	--	--	---

PLANEACIÓN

OBJETIVO

Se le informa a la paciente que los cambios fisiológicos que surgen durante el embarazo suelen presentar este tipo de malestar.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID independiente D = dependiente ITD= Interdependiente.	Fundamenta.	Criterio de Evaluación	Evaluación
Deterioro de la movilidad física, relacionado a dolor en la espalda manifestado por enlentecimiento del movimiento al sentarse y levantarse con dificultad.	<p>*Explicarle que debe de tratar de mantener la espalda erguida y que debe de flexionar las rodillas cuando levante objetos del piso.</p> <p>*No debe cargar cosas pesadas y usar zapato con un poco de tacón y no sandalias.</p> <p>*No estar mucho tiempo sentada o de pie.</p>	La posición y una mecánica corporal adecuada, reducen la curvatura de la columna y músculos de la parte inferior de la espalda, reduce la tensión sobre los músculos y ligamentos y de igual manera se reduce el dolor.	A través de la orientación sobre los cambios fisiológicos durante el embarazo, concientizar a la pte. Que las molestias que se presentan durante su embarazo son temporales.	La paciente intentara de mejorar su posición de mecánica corporal y utilizara un zapato con un poco de tacón ya que refiere que siempre Utiliza sandalias.

PLANEACIÓN.

Objetivo

Proporcionar información a cerca de los signos del parto y también de las causas que le podrían desencadenar un trabajo de parto.

Diagnostico de enfermería	Intervención ID= Independiente D= Dependiente ITD=Interdependiente	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Riesgo de parto prematuro relacionado con embarazo múltiple e infección de vías urinarias.</p>	<p>Se le informo que debe acudir al hospital en caso que tenga salida de agua o sangrado a través de la vagina, o que no sienta movimientos de su bebe.</p> <p>Se le explico la importancia de que tiene que tomar sus medicamentos.</p> <p>*betametasona</p>	<p>Cualquier signo de alarma que se presente puede complicar el embarazo y poner en peligro la vida del binomio madre-hijo.</p> <p>La betametasona favorece la maduración del pulmón y reduce la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en lactantes pre término.</p> <p>La ampicilina es un de los medicamentos de primera elección en el tratamiento de ivus sin tener efectos</p>	<p>Se espera que la pte. Nos exprese de forma verbal los signos y síntomas de alarma así como cuidados que debe tener en casa para evitar un parto prematuro.</p>	<p>La paciente al conocer los signos de alarma, sabrá identificarlos y en caso de que se presenten acudirá inmediatamente al medico.</p> <p>La paciente se muestra cooperadora en la orientación y tomara Los medicamentos Y medidas preventivas para evitar un parto</p>

	<p>*ampicilina</p> <p>*redoxon.</p> <p>Evitar tener relaciones sexuales.</p> <p>Tener periodos de descanso y evitar el trabajo en exceso.</p>	<p>tóxicos para el binomio. El redoxon le ayuda a acidificar la orina para disminuir el crecimiento bacteriano.</p> <p>El líquido seminal contiene altas concentraciones de prostaglandinas las cuales pueden propiciar un parto prematuro.</p> <p>El reposo retrasa la aparición del parto y promueve el crecimiento fetal uterino.</p>		<p>prematuro.</p>
--	--	--	--	-------------------

V. CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería es un método científico, el cual me ayudo a brindar una orientación integral hacia mi paciente en donde se logro detectar a través de una valoración los problemas y necesidades en los cuales estaba afectada mi paciente, de esta manera se le oriento para que ella culminará su embarazo sin problemas y complicaciones para el binomio madre-hijos. Ya que el embarazo llevo a las 38 sdg y los recién nacidos no necesitaron de cuidados especiales ya que fueron egresados junto con la mamá.

Con esto se cumplió con el fin principal de la enfermería, que es dar atención al individuo familia y comunidad, aplicando el tipo de roll de Virginia Henderson de la enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente, pero es ella quien realiza su propio cuidado.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
2. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.
3. Mondragón Castro H. Obstetricia Básica Ilustrada. 5ª ed. México : Trillas; 2006.
4. Raffensperger EB. Lloyd Mz. Marchesseaut LC. Neeson JD. Manual de la Enfermería. Ed Original España; Oceano, 2006
5. Anderson KN. Anderson LE. Diccionario de Medicina Oceano Mosby 4ª ed. Barcelona Oceano. 2003.
6. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
7. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª De. México: McGraw-Hill, 1983:32.
8. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.
9. Alfaro Rosalinda,RN,MSN. Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía practica. Ed. Doyma. Barcelona España. 1988.
10. Fernández Ferrín C. El Proceso de Atención de Enfermería Estudios de Casos Ediciones científicas y técnicas SA Barcelona España. 1993.

<<http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-Henderson.shtm>>

{12 ago 2009}

<http://enfermeria21.com/educare/educareorg/ensenando/ensenando4.htm>

{15 ago 2009}

<http://www.monografias.com/trabajos16/Virginia-henderson.shtml>

{20 ago 2009}