



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

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**MUJER EMBARAZADA CON DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA
RELACIONADO CON TRANSTORNO DEL TRACTO URINARIO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

**ERIKA ESTHER PINEDA DIAZ
NUMERO DE CUENTA: 301261805**



**DIRECTOR ACADEMICO:
MTRO. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**

MEXICO, D.F. OCTUBRE DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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.

DEDICATORIA

A mis padres Alejandro Pineda Servin y Elizabeth Díaz López les agradezco por haberme apoyado en todos los aspectos de mi vida por ayudarme a concluir mi etapa como estudiante por formarme con valores y principios, me enseñaron a ponerme metas en la vida y a no conformarme en la vida y superarme en mi vida personal como profesional.

A mis hermanos Alejandro Pineda Díaz y Areli Pineda Díaz les agradezco por ponerme el ejemplo de cómo tengo que alcanzar mis metas, por estar a mi lado siempre y por apoyarme en todos los aspectos.

A mi alma gemela al amor de mi vida Eber Zabdi Esteves Castillo le agradezco por apoyarme y por alentarme a culminar mi proceso de titulación por darme tanto amor, respeto y comprensión.

A mis maestros que tuve en el transcurso de toda la licenciatura les agradezco por darme todos los conocimientos que tengo y por fomentar que sea una excelente profesionista.

A Dios por darme la gran bendición de terminar y culminar mis estudios por mi vida por cuidarme en el transcurso de toda mi vida por darme inteligencia y sabiduría para ser una persona con valores, virtudes y principios.

Contenido

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
METODOLOGIA DEL TRABAJO	3
JUSTIFICACION	4
CAPITULO I. MARCO TEORICO.....	5
1.1 BREVE HISTORIA DE LA ENFERMERIA.....	5
1.2 VIRGINIA HENDERSON	9
1.2.1 ANTECEDENTES BIOGRAFICOS DE VIRGINIA HENDERSON.....	9
1.2.2 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.....	12
1.2.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERIA	14
1.2.4 POSTULADOS Y CONCEPTOS:	16
1.2.5 LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:	17
1.3 EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	19
1.3.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	19
1.3.2 DEFINICION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	20
1.3.3 CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	20
1.3.4 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	22
1.3.4.1 VALORACION	22
1.3.4.2 DIAGNOSTICO.....	24
1.3.4.3 PLANIFICACION.....	26
1.3.4.4 EJECUCION.....	27
1.3.4.5 EVALUACION	28
1.4 SIGNOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRE.....	30
1.4.1 PRIMER TRIMESTRE.....	30
1.4.2 SEGUNDO TRIMESTRE	31
1.4.3 TERCER TRIMESTRE	33
1.5 CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO	34
1.5.1 OBJETIVOS DEL CONTRO PRENATAL	34
1.5.2 CARACTERISTICAS DEL CONTRO PRENATAL.....	35
1.5.3 PRIMERA CONSULTA PRENATAL	36

1.5.4 SEGUNDA CONSULTA PRENATAL	39
1.5.5 TERCERA CONSULTA PRENATAL.....	42
1.5.6 CUARTA CONSULTA PRENATAL	43
1.5.6 ULTIMA CONSULTA PRENATAL	44
1.6 INFECCION DE VIAS URINARIAS.....	45
1.6.1 BACTERIURIA ASINTOMATICA.....	47
1.6.2 CISTOURETRITIS AGUDA.....	48
1.6.3 PIELONEFRITIS	49
CAPITULO II APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	51
2.1 PRESENTACION DEL CASO CLINICO	51
2.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES.....	52
2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	57
2.3.1 JERARQUIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	59
2.4 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION	61
CONCLUSIONES	90
SUGERENCIAS	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
GLOSARIO	93

INTRODUCCION

El presente Proceso Atención de Enfermería aborda y tiene como objetivo de estudio el seguimiento de una mujer embarazada con infección de vías urinarias realizado en una clínica de medicina familiar del Instituto Mexicana del Seguro Social, en ella se aplicara las cinco fases o etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Este trabajo se realizo mediante el formato de valoración de las necesidades básicas del ser humano basado en el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas del ser humano.

La primera fase es la Valoración, en donde identificaremos y valoraremos a la persona de acuerdo a lo que la enfermera observe que presente en ese momento ya que de aquí se desprenden las necesidades de dependencia y de independencia para seguir con la segunda fase, que es la elaboración de Diagnósticos de Enfermería de las 14 necesidades valoradas. La tercera fase es la Planificación y se plantearan un plan de cuidados de forma específica a cada una de las 14 necesidades. La cuarta fase es la Ejecución aquí ejecutaremos las acciones de enfermería a realizar y por ultimo tenemos la fase de Evaluación en donde se evaluara el logro de los objetivos, para saber si se cumplió con el objetivo o de lo contrario se volverán a replantear los cuidados

El Proceso Atención de Enfermería es un modelo sistemático, cíclico y no lineal.

También entenderemos que factores desencadenan la infección de vías urinarias y que acciones de enfermería hay que desarrollar para cubrir las necesidades de la persona. De la misma manera se darán acciones de prevención para que no haya reincidencia de la infección.

Se realizaran las acciones de enfermería a la brevedad posible para que no haya complicaciones en el embarazo o con el bebe

OBJETIVOS

General:

Integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería mediante el modelo de Virginia Henderson para brindar un cuidado integral, holístico e individual a una persona que cursa un embarazo de 30 semanas de gestación con una infección de vías urinarias.

Específicos:

- Incrementar la calidad de vida de la persona mediante el cuidado
- Identificar las necesidades alteradas mediante la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson
- Establecer diagnósticos de enfermería mediante la taxonomía de la NANDA que dirijan la planeación de los cuidados
- Crear un plan de cuidados integral e individualizado
- Planear, desarrollar y evaluar las intervenciones de enfermería acorde a los diagnósticos identificados a partir de cada necesidad alterada

METODOLOGIA DEL TRABAJO

El proceso de Atención de Enfermería se llevo a cabo en una clínica de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el servicio de Urgencias en donde se eligió a la persona que cursaba con un embarazo de 30 semanas de gestación con una infección de vías urinarias.

Se pide autorización a la persona para la realización del Proceso Atención de Enfermería

Se adquirió los datos de la persona mediante una entrevista directa.

Se realizo la valoración mediante el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades.

Se valoro el estado de la salud para evaluar las 14 necesidades para la elaboracion de los diagnósticos mediante la taxonomía de la NANDA

Posteriormente se realizo la planeación de los cuidados de acuerdo a cada una de las necesidades

Se realizo acciones o intervenciones de enfermería en donde se fundamento cada intervención realizada

Se valoraron los resultados obtenidos para saber si se lograron los resultados esperados, de no ser así se reelaborara un plan de cuidados así como realizar otras intervenciones de enfermería para lograr la mejoría del estado de salud de la persona

JUSTIFICACION

El proceso Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial el cual permite brindar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso Atención de Enfermería tiene como objetivo detectar necesidades alteradas en la persona y así aplicar acciones de enfermería que lleven al restablecimiento de la salud y prevenir futuras enfermedades y hacer conciencia en la prevención y promoción de la salud

Es importante mencionar que las infecciones de vías urinarias son muy frecuentes entre las mujeres y en las mujeres embarazadas es de suma importancia dar el tratamiento indicado y las medidas de higiénicas pertinentes para erradicarla completamente y para que no haya reincidencia de la infección

Es de suma importancia atender la infección de vías urinarias en la mujer embarazada porque puede traer complicaciones tanto a la mujer como al bebe, como parto pretermino y por ende el bebe puede nacer con bajo peso

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1 BREVE HISTORIA DE LA ENFERMERIA

La primera huella sobre las prácticas de los curanderos es en una tablilla de arcilla de hace 4000 años de antigüedad, atribuida a la civilización sumeria. El primer registro sobre una ley que rige el ejercicio de la medicina es el Código de Hammurabi hecho por los babilonios y fechado en el año de 1900 a. de C., en este código se conservan reglamentos relacionados con el saneamiento y la salud pública, el ejercicio de la medicina humana, la medicina veterinaria y una tabla con los honorarios de las operaciones, con las penas para quienes violaban el código. No hay ningún dato específico sobre la enfermería en la civilización babilónica; pero hay algunas referencias a tareas y prácticas que prestaban tradicionalmente las enfermeras.¹

Las enfermeras son mencionadas ocasionalmente en el Antiguo Testamento como mujeres que cuidaban a los lactantes y a los niños, a los enfermos, a los moribundos, que actuaban como comadronas asistiendo a las mujeres durante el embarazo y el parto.²

En la antigua Grecia y en Roma el cuidado de los enfermos y de los heridos estaba muy avanzado tanto en la mitología como en la realidad. El Dios Griego Asclepio era el curandero principal; su mujer Epione era quien tranquilizaba a los enfermos.

En las culturas antiguas de África, las funciones de la enfermera eran las comadronas, herborista, nodriza y cuidadora de niños y ancianos. En la antigua

1 Kozier, Barbara. Fundamentos de Enfermería P. 4

2 *Ibíd.* P. 4

India los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir con 4 requisitos:³

- 1) Conocimiento de la forma de preparar los fármacos para administrarlos
- 2) Inteligencia
- 3) Dedicación al paciente
- 4) Pureza del cuerpo y de la mente

Las mujeres indias actuaban como comadronas y cuidaban a los miembros enfermos de la familia

Las mujeres no eran las únicas que prestaban servicios de enfermería, en el siglo III existía en Roma una organización de hombres llamada la Hermandad Parabolani, este grupo de hombres cuidó a los enfermos y a los moribundos durante la plaga de Alejandría.⁴

Los grupos de las Diaconisas formados por mujeres que prestaban cuidados tienen sus orígenes en el Imperio Romano pero fueron suprimidos en la Edad Media por las iglesias occidentales, sin embargo estos grupos de profesionales de la enfermería reaparecieron de vez en cuando a lo largo de los siglos, sobre todo en 1836 cuando Teodoro Fliedner volvió a crear la Orden de las Diaconisas y abrió un pequeño hospital y una escuela de prácticas en Kaiserswerth Alemania, donde aquí surgió una alumna que se volvió famosa en todo el mundo llamada Florence Nightingale, quién nació en una familia de intelectuales ricos, su educación incluyó la enseñanza de diversas lenguas, literatura, filosofía, historia, ciencias, matemáticas, música, religión y se esperaba que siguiera el camino habitual de las mujeres ricas e inteligentes de la época que se casara, tuviera hijos y se dedicara al hogar. Pero ella creía que había sido llamada por Dios para cuidar y ayudar a los demás, estaba decidida a convertirse en enfermera a pesar

³ Ibíd. P. 5

⁴ Ibíd. P. 5

de la oposición de la familia y del código social, visito Kaiserswerth en 1847 para recibir un entrenamiento de tres meses como enfermera. En 1853 estudio en Paris con las Hermanas de la caridad, después regreso a Inglaterra para encargarse de un puesto de superintendente de un hospital de caridad para institutrices enfermas.⁵

Durante la Guerra de Crimea Florence recluto a un contingente de enfermas para cuidar a los enfermos y heridos de la guerra de Crimea. Florence y sus enfermeras transformaron los hospitales militares creando cocinas dietéticas, lavanderías, centros de recreo, salas de lectura y organizando clases para los asistentes. Mary Grant Seacole una enfermera jamaicana también estuvo con Florence en la guerra de Crimea.⁶

Los esfuerzos de Florence Nightingale y sus enfermeras transformaron el prestigio de la enfermería convirtiéndola en una ocupación respetable para la mujer.

A partir de ese momento la enfermería ha tenido una serie de cambios, que la han llevado a convertirse en una profesión e incluso es considerada como una ciencia y un arte.

La American Nurses Association en 1980 define a la profesión de la siguiente manera: la enfermería es el proceso de diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y probables.⁷

Florence Nightingale la define como cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir, lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad.⁸

5 *Ibíd.* P. 6

6 *Ibíd.*, P. 6

7 *Ibíd.*, P. 9

8 *Ibíd.*, P. 10

La profesión de enfermería existe como una respuesta a una necesidad de la sociedad y contiene ideas relacionadas con la salud del individuo a lo largo de su vida. Las enfermeras dirigen sus energías para fomentar, el mantenimiento y restablecimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y restablecimiento de la salud, el alivio del sufrimiento y la seguridad de una muerte tranquila cuando la vida termina.⁹

Valora y considera al ser humano como un ser biopsicosocial capaz de establecer objetivos y decidir que tiene derecho a la responsabilidad de elegir consecuentemente según sus creencias y valores.

La enfermería, una profesión dinámica de apoyo que se guía por su código de ética y se fundamenta en los cuidados. Este concepto lo desarrolla a través de sus cuatros campos de actuación: asistencia, enseñanza, administración e investigación

⁹ *Ibíd.*, P. 11

1.2 VIRGINIA HENDERSON

1.2.1 ANTECEDENTES BIOGRAFICOS DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así en 1918 ingreso a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de la Universidad de Columbia. En 1929 Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital Rochester. Regreso al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948.¹⁰

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. En los años que fue profesora del Teachers College reescribió la cuarta edición del Textbook of the Principies and Practice Nursing de Bertha Harmer publicado en 1939. La quinta edición de esta edición apareció en 1955 conteniendo la definición de enfermería de la propia Henderson. Esta autora tuvo relación con la Universidad de Yale ya en los primeros años de la década de 1950 y aporto una valiosa colaboración para la investigación en enfermería. De 1959 a 1971 Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Index, subvencionando por Yale diseñándose como un índice de anotaciones en 4 volúmenes sobre la bibliografía,

¹⁰ Marriner Ann. Modelos y teorías en Enfermería. P. 99

análisis y literatura histórica de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue autora y coautora de otros destacados trabajos.¹¹

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería a nivel mundial. Henderson se convirtió en una leyenda viva por lo que la biblioteca de enfermería internacional de Sigma Theta Tau fue bautizada con su nombre, en este sentido es comprensible que la noticia de su fallecimiento se conociera rápidamente en toda la comunidad de esta disciplina, la autora Halloran escribió lo siguiente:¹²

“La señorita Virginia Avenel Henderson significo para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial”

Henderson durante la época de los 50s del siglo XX, escribió su modelo, en donde posiblemente considero:

Que un modelo conceptual enfermero es un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas en si en forma sistemática y proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.¹³

Su propuesta del prototipo que se desea alcanzar ofrece una orientación específica de los cuidados

En donde en un modelo enfermero considero que hay asunciones científicas o postulados, asunciones filosóficas o valores

¹¹ Ibíd. P. 100

¹² Ibíd. P. 100

¹³ Ibíd. P. 100

En las asunciones científicas o postulados Henderson dijo que son las afirmaciones sobre la persona, entorno, salud y el rol profesional que se aceptan como verdaderas y estas pueden ser cuestionables.¹⁴

En las asunciones filosóficas y valores Henderson dijo que es el porqué del modelo, se refirió a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y su salud y a las metas profesionales y estas afirmaciones no son cuestionable

Virginia Henderson definió a la enfermería como:

“La asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte digna y tranquila) y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento”.¹⁵

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época en tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba al constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiantes y sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.¹⁶

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de la enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles

14 Ibíd. P. 105

15 Ibíd. P. 105

16 Ibíd. P.105

eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.¹⁷

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que se define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.¹⁸

1.2.2 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson, está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración según Meleis (1977) se incluye dentro de la escuela de las necesidades. Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es basarse en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H Erickson) para conceptualizar a la persona, y la segunda característica es que lo que las impulso a desarrollar sus modelos fue el deseo de clarificar la función propia de las enfermeras.¹⁹

El modelo de enfermería de Virginia Henderson: es el conjunto de conceptos, ideas y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad así como el objetivo de su práctica.

Con su trabajo intentaron responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Y determinar en qué se diferencia su aportación de los otros profesionales, con el

¹⁷ *Ibíd.* P. 106

¹⁸ *Ibíd.* P. 106

¹⁹ Luis Rodrigo María Teresa. De la teoría a la práctica, el pensamiento de Henderson en el siglo XX. P. 35

objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos multidisciplinares y de diseñar un currículum académico que les permitiera responder a esas expectativas, las que aquí se representan son el modelo propuesto por Virginia Henderson en la que se ha tratado de transformar sus principios básicos (formulados de forma abstracta) en definiciones operativas de las que sea posible derivar indicadores empíricos.²⁰

Henderson extrae aparentemente de una forma deductiva de razonamiento lógico su definición de Enfermería y las 14 necesidades de su filosofía de los principios fisiológicos y psicológicos. Las 14 necesidades básicas de Henderson corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas desarrolladas por Maslow. Henderson elaboro las necesidades antes de leer el trabajo de Maslow.²¹

Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza de enfermería que se aplique a la práctica útil en nuestro medio que además se le puedan hacer adaptaciones necesarias para ser aceptado y puesto en práctica para las enfermeras clínicas, se ha seleccionado el modelo de Virginia Henderson.²²

Henderson identifico tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente. El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería:

- La enfermera como sustituto del paciente
- La enfermera como ayuda del paciente
- La enfermera como compañera y orientadora del paciente

²⁰ Ibíd. P 35

²¹ Ibíd. P. 35

²² Ibíd. P. 35

Henderson dice que “la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para el joven”

1.2.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERIA

Enfermería:

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyan a su salud o recuperación o a una muerte tranquila que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.²³

Salud:

Henderson no dio una definición propia de salud pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* cito diversas definiciones de salud de diferentes fuentes entre ellas la del estatuto de la OMS. Interpretaba a la salud como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal y como declaro se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental y físico lo que le permite a una persona trabajar con la mayor eficacia para alcanzar el nivel de la satisfacción vital en sus más altas cotas.²⁴

Entorno:

Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió en cambio al Webster New Collegiate Dictionary de 1961 en el que se define al

23 *Ibíd.* P 36

24 *Ibíd.* P 37

entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.²⁵

Persona o paciente:

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila y que tanto el cuerpo como el alma son inseparables. Por lo tanto contempla el paciente y a su familia como una unidad.²⁶

Valores:

La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas ocupaciones con otras profesiones. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta, lo que le ayudara a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.²⁷

Las fuentes de dificultad son los obstáculos, limitaciones personales o del entorno, lo que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades definiendolas a continuación:²⁸

1. Falta de fuerza: se interpreta por la fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, son la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidades intelectuales, etc.

25 *Ibíd.* P. 37

26 *Ibíd.* P. 38

27 Luis Rodrigo María Teresa. De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson. Pp. 36-37

28 *Ibíd.* P. 36

2. Falta de conocimiento: en lo relativo de las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: atendida como incapacidad o limitación de las personas para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades

1.2.4 POSTULADOS Y CONCEPTOS:

Postulados:

En los postulados que sostiene el modelo descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo en un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápido posible.²⁹

Inspirándose en el pensamiento de la autora los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:³⁰

- Necesidad fundamental: necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad, promueva su crecimiento desarrollo y nunca carencias
- Independencia: satisfacción de de una o de las necesidades del ser humano a través de acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros

²⁹ Ibíd. p. 37

³⁰ Ibíd. P. 37

hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos

- Dependencia: la no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de falta de suplencia
- Problema de dependencia: cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se mantiene por signos favorables en el cliente
- Manifestación: signos favorables en el individuo que permiten identificar la independencia o de la dependencia en la satisfacción de sus necesidades
- Fuente de dificultad: son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes y las causas de una independencia

Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus 14 necesidades

1.2.5 LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:31

Paciente: ser humano que forma un todo complejo, presentando 14 necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Necesidad de respirar normalmente o de oxigenación: matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura,

31 Ibíd. P.37

humedad, sustancias irritantes y olores. Hacer referencia al masaje cardiaco y al control de la oxigenación

2. Necesidad de beber y comer adecuadamente: la enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión sobre la comida teniendo en cuenta gustos y hábitos
3. Necesidad de eliminación: la enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura: hace matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por presión e incluye la rehabilitación.
5. Necesidad de dormir y descansar: hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir como miembro de la comunidad
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales o termorregulación: hace referencia también al control de insectos, prevención de las aguas y la contaminación de la comida
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger tegumentos: tiene en cuenta el valor psicológico aparte del fisiológico
9. Necesidad de evitar peligros: hace referencia a la prevención de accidentes
10. Necesidad de comunicarse con otras personas: en la medida en que fomenta las buenas relaciones con el paciente y promueve el bienestar del mismo

11. Necesidad según sus creencias y valores: respeto a la tolerancia, color, religión, creencias, raza. Secreto profesional
12. Necesidad de recrearse: puede ser estímulo y un medio de hacer ejercicio
13. Necesidad de ocuparse para realizarse: adaptación del rol de cada uno
14. Necesidad de aprender: la orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados

1.3 EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

1.3.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA:

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Jhonson en 1959, Orlando y Wiedenbach en 1963 desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del PAE actual. En 1967 Yura y Walsh fueron las autoras del primer texto en el que se describían un proceso de 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Bach, Roy, Mundinger, Jauron y Aspinall añadieron la fase diagnóstica dando lugar al proceso de cinco fases.³²

Para la Asociación Americana de Enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia a exigidos cambios sustanciales de estas etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad de la atención del individuo, familia o comunidad.³³

³² Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero. P 19

³³ *Ibíd.* P. 19

Así en muchos países la aplicación del PAE es un requisito para el ejercicio de enfermería, en nuestro país requiere cada día de mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y su aplicación durante la práctica; sin embargo el camino apenas empieza nos hace falta mucho por recorrer ese terreno, ya que todavía puede resultar desconocido para muchas compañeras en nuestros días.

1.3.2 DEFINICION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El PAE es un método que permite que el profesional de enfermería aplique el cuidado a través de las intervenciones de enfermería en 5 pasos e intenta lograr un resultado en particular. El proceso es la aplicación de la resolución científica de problemas que tiene el paciente y que la enfermera intenta ayudar a resolverlos con sus cuidados.³⁴

El proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. Las fases del Proceso de Atención de Enfermería se han definido de diferente manera por diversos autores, tal vez debido a que a menudo interrelacionan y a veces se sobreponen.³⁵

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos en forma eficiente

1.3.3 CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o) que el permiten organizar su trabajo y solucionar necesidades alteradas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita el otorgamiento de los

34 *Ibíd.* P 20

35 *Ibíd.* P. 20

cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.³⁶

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conduce al logro de resultados

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe de fraccionar

Es intencionado porque se centra en el logro de sus objetivos permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos el desempeño del usuario y de la propia enfermera.³⁷

Es dinámico por ser sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre

Es flexible porque puede aplicarse en diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr sus objetivos

La aplicación del PAE tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre todo en la enfermera; profesionalmente el proceso enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento en la satisfacción así como la profesionalidad.³⁸

36 *Ibíd.* P.21

37 *Ibíd.* P 21

38 *Ibíd.* P. 22

El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas en la actualidad: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación y se describe cada etapa a continuación:

1.3.4 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.3.4.1 VALORACION:

Esta es la primera etapa del proceso la cual se realiza reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente mediante una historia clínica de enfermería que abarca las 14 necesidades. En consecuencia esta fase incluye la recopilación de datos acerca de la salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al cliente por tanto la recolección, validación, organización y anotación de los datos debe ser minuciosa, detallada e individualizada.

Para recopilar los datos podemos considerar diversas maneras que nos favorezcan a una información clara, fiable y precisa de acuerdo al estado general de salud de nuestro paciente. Para esto existen diversas maneras las cuales nos podemos auxiliar para recabar la información necesaria. Las fuentes para la obtención de los datos son los siguientes:³⁹

Paciente y familia por medio de:

- Observación
- Entrevista
- Interacciones
- Valoración física

³⁹ *Ibíd.* P. 23

- Registros médicos del paciente
- Registros de enfermería

Se recomienda que la valoración de los datos deba ser planificada, sistemática y completa, para asegurarse que se obtiene información pertinente. Una valoración adecuada permite al personal de enfermería formular un diagnóstico acorde a la necesidad del paciente y no un diagnóstico erróneo que nos puede llevar a brindar cuidados de enfermería equivocados y erróneos

1.3.4.2 DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de enfermería es una sub-secuencia de la valoración reconociendo e identificando un problema real o potencial que aqueja a nuestro paciente. Es una conclusión basada en principios científicos e identifica las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería.⁴⁰

Se define el diagnóstico de enfermería como 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

Existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería según la NANDA:⁴¹

1. Real: un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen
2. Riesgo: un diagnóstico de enfermería de riesgo es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad, están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual a predicha
3. Posibles: los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechoso cuya información necesita nuevos datos. La palabra posible en los diagnósticos de enfermería se emplea para describir problemas que pueden existir pero que necesitan datos adicionales para ser confirmados o descartados

40 *Ibíd.* P. 24

41 *Ibíd.* P. 24

4. Bienestar: un diagnóstico de enfermería de bienestar es un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado

5. Síndrome: los diagnósticos de enfermería de síndrome abarca un grupo de diagnósticos reales o de alto riesgo cuya presencia prevé a causa de un acontecimiento o situación concretos estos diagnósticos son enunciados de una parte en los que la etiqueta diagnóstica contiene los factores etiológicos o contribuyentes

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se deben de considerar tres componentes esenciales que unidos forman el formato PES que quiere decir:

- Problema

- Etiología

- Signos y síntomas

La elaboración de los diagnósticos de enfermería son esenciales para brindar un cuidado satisfactorio a nuestro paciente, por ende el uso correcto del formato de PES es imprescindible para la elaboración de un plan de cuidados lo más cerca posible a las necesidades alteradas de las personas

1.3.4.3 PLANIFICACION:

La planificación o planeación guía las intervenciones llevadas a cabo durante la ejecución, por lo tanto la planeación requiere de un previo diagnóstico de enfermería lo más exacto posible. En la planificación se centran los objetivos generales y específicos que a su vez pueden ser inmediatos, intermedios y a largo plazo para que así se puedan fijar las actividades de enfermería. El plan de cuidados deben ser individualizados pese a que exista otro paciente con la misma patología y el mismo médico, este plan debe de determinar las prioridades del paciente, los objetivos que se requieren lograr y las actividades de enfermería a realizar, esto nos ayudara a dirigir los cuidados y las anotaciones de enfermería que en determinado momento los emplearemos como registro que pruebe que se ha confeccionado un plan de cuidados que posteriormente puede usarse para la evaluación.⁴²

El plan de cuidados se conforma de 6 componentes:

- Establecer prioridades
- Fijar los objetivos del paciente y los criterios de los resultados
- Planificar estrategias
- Redactar las ordenes de enfermería
- Registrar el plan de cuidados
- Consulta

⁴² *Ibíd.* P 24

De acuerdo a esta estructura la planificación se vislumbra como un proceso para diseñar estrategias o intervenciones de enfermería necesaria para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se ha identificado durante el diagnóstico.⁴³

Aunque la responsabilidad de este proceso es la enfermera para que el plan sea eficaz es indispensable la participación del paciente y familiares

No es suficiente que la enfermera planifique para el paciente siempre que se pueda este debe participar activamente.

1.3.4.4 EJECUCION:

Es la puesta en práctica de lo planeado en la etapa anterior, la planeación y la ejecución tienen una relación muy estrecha y en la práctica pueden encontrarse dificultades en marcar a la diferencia. La clave está en que la planificación propone las actividades y en la ejecución se ponen en práctica los planes.⁴⁴

Con frecuencia se utilizan palabras dependiente, independiente y colaboración. La palabra dependiente hace referencia a aquellas actividades que se realizan bajo la orden y la supervisión de un médico de acuerdo a rutinas establecidas. Las independientes son aquellas que la enfermera realiza como resultado de su propio conocimiento y capacidad. Y la de colaboración son aquellas en conjunto con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión en equipo

Para la ejecución del proceso se proponen cinco pautas:

- Actualización de la valoración del paciente

43 Ibíd. P. 25

44 Ibíd. P. 26

- Validación de los planes de cuidados
- Determinación de las necesidades de apoyo
- Ejecución de estrategias de enfermería
- Comunicación de las actividades de enfermería

De la misma manera sustenta que la enfermera necesita de tres tipos de capacidades:

- Cognitivas
- Interpersonal
- Técnica

La ejecución del proceso representa una parte cuidadosa y meticulosa al realizar el quehacer de enfermería, podría considerarse una parte delicada del proceso en el cual no se pueden cometer errores y probablemente no haya marcha atrás se si brinda una intervención durante los procedimientos

1.3.4.5 EVALUACION:

Este punto es el quinto y el último, el cual consiste en valorar el grado en el que se ha logrado los objetivos. La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones que se sacan determinan si la intervención de la enfermera debe determinarse, revisarse o cambiarse.⁴⁵

45 *Ibíd.* P. 27

Constituye un proceso continuo y terminal: continuo porque se realiza también durante la ejecución donde la enfermera se pregunta cómo reacciona el paciente ante sus cuidados

El proceso de evaluación tiene seis etapas:

- Identificar los criterios de resultado que se utilizara para determinar el grado de alcance de los objetivos
- Recoger datos en relación de los criterios
- Comparar los datos con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado
- Relacionar las actividades de enfermería con los resultados
- Analizar el plan de cuidados de los pacientes
- Modificar el plan de cuidados

La evaluación está claramente relacionada con la planificación porque asumiendo que los diagnósticos sean exactos y los objetivos apropiados la cuestión ultima que hay que responder durante esta etapa es si se han logrado los objetivos determinados en la planificación

1.4 SIGNOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRE.46

1.4.1 PRIMER TRIMESTRE:

Signo subjetivo

Semanas 1-4:

- Fatiga que se cree debida a la relaxina
- Nauseas máximas entre los 60 y 100 días posteriores a la concepción
- Dolor y hormigueo en las mamas

Signo objetivo:

- Amenorrea, pero posible manchas en el tiempo correspondiente al periodo
- Niveles de hormona gonadotropina corionica elevados
- TCB elevada a causa de la secreción de la progesterona

Semanas 5-8:

- El utero agrandado causa presión sobre la vejiga asi como micciones frecuentes
- Posible descenso del deseo de relaciones sexuales

Signo objetivo:

- Agrandamiento de las mamas, oscurecimiento de las areolas, tuberculos de Montgomery agrandados
- Signos de Ladin, Godell y Hegar
- Prueba de embarazo positiva para hormona gonadotropina corionica utilizando métodos isoinmunologicos

46 Jean Dickason Elizabeth. Enfermeria Materno Infantil. Pp. 187-188

- Signos de Chadwick

Semanas 9-13:

Datos subjetivos:

- Náuseas que remiten hacia la semana 13
- Micciones frecuentes que remiten a la semana 12
- Gingivitis e hipertrofia de las encías

Datos objetivos:

- Ganancia de peso de 0 a 1.5 kg, pero también posible pérdida de peso
- Altura del fondo uterino hasta la sínfisis del pubis elevándose 1 cm por semana en adelante la altura desde el fondo uterino
- 9-12 semanas: detección del pulso fetal por técnicas ecográficas

1.4.2 SEGUNDO TRIMESTRE:

Semanas 14-20:

Datos subjetivos:

- Plenitud de las mamas
- Cefalea

Datos objetivos:

- Presencia de calostro
- Formación del tapón mucoso en el canal cervical
- Leucorrea
- Aspecto abdominal de embarazo

- Altura del fondo uterino entre la sínfisis y el ombligo
- Aumento del volumen sanguíneo total contribuyendo a la ligera pérdida de la consciencia o desmayo, aparece hacia las 10-14 semanas, máximo a los 8 meses y medio ósea entre las semanas 34-36

Semanas 20-24:

Datos subjetivos:

- Movimientos fetales
- A menudo aumento del deseo sexual

Datos objetivos:

- Fondo uterino a la altura del ombligo esto se da a las 20 semanas
- Auscultaciones pélvicas relajándose por la hormona relaxina
- Posibles cambios pigmentarios en la piel: melasma, línea nigra y estrías gravídicas
- Aumento de la respiración
- Dilatación del uréter derecho como consecuencia de la presión por el útero

Semanas 25-28:

Datos subjetivos:

- Calambres en las piernas por disminución del calcio mientras el fosfato esta elevado
- Fatiga

Datos objetivos:

- Estreñimiento y hemorroides debidos al peristaltismo enlentecido y a la presión del útero sobre el colon descendente y recto

1.4.3 TERCER TRIMESTRE:

Semanas 29-33:

Datos subjetivos:

- Fatiga
- Preocupación por el futuro
- Sueños malos, pavorosos
- Posible desmayo en posición supina por la presión sobre la vena cava inferior
- Disminución del deseo sexual por incomodidad física

Datos objetivos:

- Pirosis causada por presión del útero sobre el estomago causando hernia hiatal leve y regurgitación gástrica hacia el esófago
- Caída de la presión arterial debido a la vasodilatación
- Frecuencia del pulso 15 latidos por minuto por encima de lo normal por el aumento del trabajo cardiaco
- Contracciones de Braxton Hicks
- Fondo uterino a medio camino entre el ombligo y xifoides

Semanas 34-38:

Datos subjetivos:

- Dolor de espalda cambio en la marcha
- Impaciencia por el final del embarazo

- Oscilaciones del estado de ánimo por la ambivalencia del futuro

Datos objetivos:

- Aumento de la dificultad respiratoria y otros síntomas de presión (pirosis, sensación de plenitud, venas varicosas, edema declive y hemorroides)

Inmediatamente antes del parto:

Datos subjetivos:

- Aligeramiento
- Dolorimiento en la región inferior del abdomen

Datos objetivos:

- Fondo uterino inmediatamente debajo del diafragma hasta el aligeramiento entonces se inclina hacia adelante

1.5 CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.⁴⁷

1.5.1 OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL:

Los objetivos del control prenatal son los siguientes:

47 Reeder. Sharon. Enfermería materno infantil. P 399

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, del niño y de la familia
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal
- Aliviar molestias y síntomas menores durante el embarazo
- Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo
- Detectar alteraciones en la salud materna y fetal

1.5.2 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL:

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.⁴⁸

- **Precoz:** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención, promoción de la salud y detectar factores de riesgo.
- **Periódico:** Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materno o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.

48 *Ibíd.* P. 299

- Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

La Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:

- Primera visita en el primer trimestre
- Segunda visita: de la 22 a la 24 semana
- Tercera visita: de la 27 a la 29 semana
- Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana y
- Última visita: de la 38 a la 40 semana

En cada visita prenatal se realizan actividades e intervenciones que tienen como objetivo mantener la salud materno– fetal, identificar oportunamente factores de riesgo y en consecuencia actuar para cancelar o atenuar dicho factor, preparar a la mujer y si es posible a su pareja y familia para el nacimiento, lactancia y crianza de su hijo (a).

1.5.3 PRIMERA CONSULTA PRENATAL:

Lo ideal sería que en la primera consulta se realice durante el primer trimestre del embarazo o preferentemente antes de la semana 12 de gestación. Sin embargo independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta,

Todas las embarazadas serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes.⁴⁹

Como se menciona anteriormente, es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de diagnosticar el embarazo, particularmente si se presenta antes de las 12sdg, hacer la valoración inicial, etc

ACCIONES DE ENFERMERIA:

1. En el caso de que la mujer se presente de manera temprana (antes de las 12sdg) refiriendo amenorrea, será necesario que realices la confirmación clínica y de laboratorio del embarazo.
2. Si confirmas el embarazo, determina la Fecha Probable de Parto y las semanas de gestación.
3. Realiza la Historia Clínica Perinatal y se abre el Carnet Perinatal de la gestante
4. Lleva a cabo la exploración física
5. Efectúa la exploración obstétrica: En el caso de que el embarazo sea mayor a 12sdg: realiza la Medición de la Altura uterina y percentil de la misma. Si el feto es mayor a 22sdg, además de la altura uterina, determina: La situación, posición y presentación fetal (dependerá de las sdg), auscultación de FCF y palpación de los movimientos fetales
6. Valora el Riesgo Obstétrico: Este concepto se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto. Existen diferentes sistemas de evaluación de riesgo perinatal.
7. Solicita los Exámenes complementarios de rutina: Grupo sanguíneo y factor Rh, Biometría hemática completa, Química sanguínea (particularmente entre las 20 y 24 sdg), examen general de orina y VDRL Venereal Disease Research Laboratory) Es una prueba de laboratorio en sangre, que identifica la presencia de anticuerpos contra el *Treponema Pallidum*, bacteria responsable de la sífilis).

⁴⁹ *Ibíd.* P. 400

8. Es necesario que reciban suplementación con hierro: En gran parte de nuestra población, la ingesta no alcanza para cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo. Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl). Esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental.

9. También debes de llevar a cabo la administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo. La suplementación periconcepcional de folatos reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La dosis diaria es de 400 mg.

10. Enseñar a la mujer embarazada acerca de:

Alimentación, la cual deberá ser:

- Completa: es decir que contenga alimentos de los tres grupos: 1. cereales y tubérculos, 2. frutas y verduras; 3. productos de origen animal y leguminosas.
- Variada: deberá incluir diferentes alimentos de cada grupo para que la dieta no se vuelva monótona y se obtengan todos los nutrimentos que necesita su cuerpo para funcionar y satisfacer sus necesidades y las del feto.
- Equilibrada: que los nutrimentos que le proporcionan los alimentos de los grupos antes mencionados los consuman en los alimentos no implique riesgos para las proporciones que necesita su cuerpo
- Inocua: que el consumo habitual de salud, que sean higiénicos y que no estén descompuestos o contengan algún agente patógeno.
- Suficiente: que aporte la cantidad de energía y nutrimentos de acuerdo a sus necesidades, sin que tenga deficiencias pero sin caer tampoco en los excesos.
- Adecuada: acorde a sus gustos, cultura y necesidades específicas. Debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que

contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo. Como una guía de ayuda, utiliza el plato del buen comer

- b) Hidratación: Se recomienda que disminuya el consumo de oxígeno y que ingiera de 1.5 a 2.0 litros de agua al día.
- c) Eliminación: Se pide la ingesta de dos litros de líquidos, realizar ejercicio físico, comer alimentos con alto residuo como salvado, piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante como papaya o jugo de ciruela.
- d) Actividad física prenatal: Se propone que realice caminata tres veces a la semana durante 30 minutos.
- e) Actividad Sexual: Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro. Enfatizar el uso de preservativo para disminuir el riesgo de adquirir VIH o una ITS.
- f) Postura física en la vida diaria: Mantener la cabeza y los hombros centrados sobre la cadera, así se mantiene la columna vertebral derecha. Al levantar algún objeto no doblar por la cintura, sino doblar las caderas y las rodillas, y levantarse con las piernas.
- g) Solicítale a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.
- h) Tendrás que enseñarle los signos y síntomas de alarma y orientar a donde asistir para su atención.
- i) Inicia la preparación de la mujer para la lactancia.

1.5.4 SEGUNDA CONSULTA PRENATAL:

La segunda visita prenatal debe de realizarse entre las semanas 22 a 24 de gestación. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Se debe realizar exploración física dirigida a la búsqueda de datos que indiquen la evolución normal del embarazo y la presencia de signos de alarma, en donde se incluya la toma de

la tensión arterial, ganancia de peso, altura del fondo uterino además de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.⁵⁰

ACCIONES DE ENFERMERIA:

Si ya se ha corroborado el embarazo, calcula su Fecha Probable de Parto y las semanas de gestación.

1. Valora el peso materno: La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores del peso fetal al término. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos. Por otra parte, excesiva ganancia de peso durante el embarazo predispone a diabetes gestacional y es el mayor predictor de obesidad en el postparto, por ello se recomienda una ganancia ponderal total de 11 a 12 Kg a razón de 1.0 a 1.5 Kg / mes.

2. Valora la presión arterial: La preeclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbi – mortalidad materna, es por ello que su vigilancia adquiere particular importancia.

Cuando una mujer acude por primera vez a consulta y tiene más de 20 sdg una presión arterial de 130/90mmHg, puede indicar la presencia de preeclampsia.

En una mujer que ya ha tenido consultas subsecuentes, si la presión sistólica es de 30 mm/Hg o más y la diastólica de 15mm /Hg o más, puede indicar la presencia de preeclampsia.

3. Efectúa las Maniobras de Leopold: Estas se podrán realizar a partir de las 20 sdg.

4. Mide la Altura del fondo Uterino. Esta te permite correlacionar el fondo uterino con las semanas de gestación e identificar oportunamente alteraciones en el crecimiento del feto.

⁵⁰ Ibíd. P. 401

5. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF). Esta la podrás auscultar con estetoscopio de pinar a partir de la semana 20 de gestación.

6. Revisa los exámenes de laboratorio:

Grupo y Rh. Si la mujer fuera RH negativo, referir para que se le realice la prueba de Coombs indirecta. En el caso de que no estuviera sensibilizada, se realizará profilaxis anti- D a las 28 semanas.

- Valora la Hemoglobina (Hb). Una Hb menor a 11, será considerada como anemia.
- A través de la química sanguínea descartar la posibilidad de diabetes gestacional. Considera factores de Riesgo como Antecedentes Heredo Familiares y diabetes.

CIFRAS DE GLUCOSA DURANTE EL EMBARAZO

ESTADO	VALORES mg/dl
AYUNO	60-90
PREPRANDIAL	60-105
POSTPANDRIAL	MENOR DE 120

- Revisa los resultados del Examen General de Orina: Tendrás que descartar la posibilidad de infección de vías urinarias. En caso de que identifiques hipertensión arterial, debes de realizar una cuantificación de proteínas con tira reactiva
- A través del VDRL, descarta la posibilidad de Sífilis.

7. Valora el riesgo perinatal

8. Continúa con la administración de hierro.

9. Continúa con las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma

10. Continúa la preparación para el nacimiento, lactancia y crianza
11. Administra la primera dosis del toxoide antitetánico: Se debe vacunar contra el tétanos con dos dosis durante el embarazo, alrededor de las 25 y las 30 semanas. Si la paciente hubiera recibido dosis previas, sólo indica una dosis de refuerzo a las 25 semanas.
12. Programa y registra la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29 sdg.

1.5.5 TERCERA CONSULTA PRENATAL:

La tercera consulta se deberá efectuarse entre la semana 27-29, y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario.⁵¹

ACCIONES DE ENFERMERIA:

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Valora el peso materno
2. Valora la presión arterial
3. Realiza las Maniobras de Leopold, y pon mayor atención en la posición, presentación y situación del feto
4. Mide la altura uterina
5. Valora por palpación los movimientos fetales
6. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
7. Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

Continuar con:

⁵¹ *Ibíd.* P 402

1. La administración de hierro.
2. Las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
3. La preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
4. Administrar la segunda dosis de toxoide tetánico

1.5.6 CUARTA CONSULTA PRENATAL:

La cuarta consulta se deberá efectuarse entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos.⁵²

ACCIONES DE ENFERMERIA:

1. Valora el peso materno
2. Valora la presión arterial
3. Realiza las Maniobras de Leopold. Es importante que ubiques con claridad la situación, posición y presentación fetal, ya que se acerca la fecha probable de parto.
4. Mide la altura uterina y pon énfasis en la cuarta maniobra.
5. Valora la frecuencia cardiaca fetal
6. Valora por palpación los movimientos fetales
7. Revisa la Biometría Hemática y el Examen General de Orina
8. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
9. Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
10. Investiga las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento
11. Continúa con la administración de hierro.

⁵² Ibíd. P. 403

12. Continúa con las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.

13. Inicia con ellos la integración de un plan de nacimiento, el cual consiste en tomar decisiones a cerca de: lugar de nacimiento, quién la acompañará, cómo se trasladarán, que deben de llevar al hospital, como registrar sus contracciones, etc.

14. Enfatiza la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto.

1.5.6 ULTIMA CONSULTA PRENATAL:

La quinta visita se ubicará entre las y la última 38 a la 40 semanas, dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 30 minutos.⁵³

ACCIONES DE ENFERMERIA:

Corroborar la fecha probable de parto y obtén las semanas de gestación:

1. Valora el peso materno
2. Valora la presión arterial
3. Realiza las Maniobras de Leopold. Es importante que ubiques con claridad la situación, posición, presentación fetal y altura de la presentación, ya que se acerca la fecha probable de parto.
4. Mide la altura uterina
5. Valora la frecuencia cardíaca fetal
6. Valora por palpación los movimientos fetales.
7. Valora la pelvis (pelvimetría clínica), si tienes dudas, solicita la valoración por otro profesional. (Enfermera Especialista Perinatal o un Médico Gineco– Obstetra)
8. Revisa los resultados de la Biometría Hemática y Examen General de Orina.
9. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma

⁵³ Ibíd. P.404

10. Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
11. Investiga las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.

1.6 INFECCION DE VIAS URINARIAS

Las infecciones de vías urinarias se incluyen en el grupo de los trastornos infecciosos más frecuentes en los seres humanos; así mismo representa una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo. La mayoría de casos son causados por número limitado de géneros bacterianos, cuya presencia en la orina se conoce como bacteriuria.⁵⁴

En el binomio madre-hijo, la infección urinaria esta frecuentemente asociada al parto prematuro y a la morbilidad perinatal, así como las anomalías en la estructura y funciones renales. Las infecciones urinarias pueden comprometer varios sitios incluyendo la uretra, la vejiga, riñones y estructuras contiguas; pueden igualmente diseminarse a los tejidos adyacentes como a los abscesos perinefríticos y así mismo puede complicarse con una bacteremia. Se acepta que por lo regular la infección urinaria es consecuencia de la infección ascendente de los microorganismos del tracto inferior (uretra y vejiga), hacia el tracto superior (ureteres y riñones). El reflujo de la orina dentro de los uréteres y en la pelvis renal probablemente sea un mecanismo que facilita el paso de las bacterias en el sistema urinario superior.⁵⁵

Ocasionalmente las infecciones de vías urinarias pueden también reflejar localización de la infección en el riñón, después de que los patógenos han sido llevados allí por la sangre. Esta diseminación hematogena es más frecuente con algunas bacterias como *Staphylococcus aureus*, *Candida sp* y *Mycobacterium sp*.

54 Calderón Jaimes Ernesto. Infectología Perinatal. P. 240

55 *Ibíd.* P. 240

Los factores de riesgo son: primigesta adolescente, múltipara con embarazos no espaciados, antecedentes de infección de vías urinarias, antecedentes de vaginitis, antecedentes de abortos, mortinatos, hipertensión arterial, diabetes, anemia, obesidad, peso y talla bajos.

Las consecuencias podrían disminuirse con la selección de embarazos de alto riesgo, en los cuales las infecciones de vías urinarias interrumpieran su curso progresivo.

Características anatómicas que facilitan la infección de vías urinarias en la mujer son las siguientes:

- La uretra femenina mide aproximadamente 11 cm más corta
- Cercanía del meato urinario con el ano
- Receptores para ligandos de E. coli
- Presencia de uropatogenos entéricos en el área
- Facilidad para la migración ascendente
- Hábitos de higiene personal perineogenital

Infecciones durante la gestación, el cual se presenta las características siguientes:

- Cambios anatómicos renales
- Cambios anatómicos uretrales
- Cambios anatómicos vesicales
- Disminución del flujo urinario
- Disminución de la concentración urinaria
- Aumento del pH urinario
- Presencia de residuos esteroides en orina

1.6.1 BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:

La bacteriuria asintomática debe considerarse como un riesgo potencial para la infección aguda asintomática recurrente para la reactivación o reinfección y como un continuo proceso que si no es reconocido y tratado adecuadamente propicia o facilita el daño progresivo de la función renal.⁵⁶

Las consecuencias perinatales de las infecciones de vías urinarias son las siguientes:

- Labor prematura y parto pretermino
- Extensión directa de la infección
- Compromiso placentario y miometral
- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas
- Menor edad gestacional
- Bajo peso del recién nacido
- Infección neonatal
- Fiebre posparto

Se recomienda un análisis rutinario para detectar bacteriuria asintomática en todas las mujeres embarazadas. Mediante el cultivo de orina a comienzos del segundo trimestre se detectan a casi todas las mujeres con bacteriuria

La bacteriuria asintomática durante el embarazo se trata con antibióticos como 1 gr de sulfisoxazol 4 veces al día, 1 gr al día de ampicilina, 50 a 100 gr de nitrofurantoina 4 veces al día o 250 a 500 mg de cefoloxina 4 veces al día, todos

⁵⁶ Ibid. P 242

ellos durante 10 días. Se repite el cultivo de orina cada mes y se continúa con antibióticos en caso de infecciones persistentes durante el embarazo y después del parto

1.6.2 CISTOURETRITIS AGUDA:

Las infecciones de las vías urinarias se incluyen entre los trastornos infecciosos más frecuentes en el humano; la cistitis o cistouretritis es la modalidad más común en hombres y mujeres.⁵⁷

La cistouretritis es una queja frecuente en la mujer durante su vida sexual activa.

El propósito fundamental de la vigilancia prenatal y la educación para el autocuidado es asegurar el menor riesgo durante el embarazo mediante la optimización de los medios para preservar la salud de la mujer gestante, lo cual se refleja en un menor ambiente intrauterino para el feto en desarrollo y en mayores expectativas de salud para el neonato y el lactante; asimismo, esta conducta permite la identificación de riesgos y la adopción de medidas de prevención

La disuria es un problema frecuente por el que la mujer acude frecuente a la consulta. La infección urinaria baja no complicada ha recibido varias denominaciones mediante las cuales se trata de relacionar el área anatómica del tracto urinario que se encuentra afectada es así como se conoce como cistitis, uretritis, síndrome uretral agudo, tal como si fueran entidades individuales y en las que existiera argumentos de suficiente peso para establecer con precisión la etiología y el daño anatómico topográfico. Sin embargo se ha demostrado que en esos procesos hay daño tanto en la mucosa uretral como en la vesical, de manera que la referimos a esta condición como el cistouretritis, designamos propiamente el área afectada, congruente con el tipo de daño observado en las mucosas.⁵⁸

57 *Ibíd.* P 244

58 *Ibíd.* P 244

La cistouretritis es un proceso infeccioso agudo que se caracteriza por disuria, urgencia, poliaquiuria, habitualmente piuria, en ocasiones hematuria microscópica e incluso macroscópica con dolor o pesadez suprapubica o simplemente malestar pélvico, ausencia de manifestaciones en los angulos costavertebrales y sin manifestaciones generales como fiebre o escalofrió. Como se podrá sospechar este cuadro plantea la necesidad de diferenciarlo de la pielonefritis.

La cistouretritis durante el embarazo se presenta por lo menos de cada 8 a 12 mujeres gravidas, preferentemente en el primer trimestre. En un cuadro agudo y brusco, con manifestaciones muy aparentes de corta evolución y con pocas repercusiones en el embrión y en el feto. Su reconocimiento permite establecer su tratamiento eficaz, si se deja evolucionar de forma espontanea en el tercer trimestre en pielonefritis.⁵⁹

El tratamiento es a base de antibióticos como cefixima 400 mg cada 8 horas y ceftriaxona 125 mg intramuscular una sola dosis si la paciente es alérgica a los antibióticos betalactamicos se administra espectinomicina.

1.6.3 PIELONEFRITIS:

La pielonefritis se refiere a la bacteriuria significativa sintomática asociada con la inflamación del parénquima, calices y pelvis renal en conjucion con síntomas sistémicos que incluye fiebre, escalofríos, dolor en el angulo costivertebral, nausea y vomito. Los casos severos pueden progresar a septicemia, insuficiencia renal, choque séptico y parto pretermino. Puede o no existir síntomas de cistitis.⁶⁰

El diagnostico es fundamentalmente clínico, pero el definitivo se hace con la confirmación microbiológica de un uropatogeno vesical o del aparato urinario, el diagnostico se puede establecer por la presencia de bacterias y leucocitos

⁵⁹ Ibíd. P. 244

⁶⁰ Ibíd. P. 244

Las complicaciones maternas que puede traer la pielonefritis si no se trata a tiempo son eclampsia, que esta lleva a la preclampsia, hipertensión, anemia, choque séptico.

Las complicaciones fetales que trae la pielonefritis si no se trata a tiempo son recién nacidos pretermino, parto pretermino, trabajo de parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino, muerte fetal, bebes de bajo peso al nacer.

El tratamiento de la pielonefritis es la administración de antibióticos como 875 mg de amoxicilina mas 125 mg de acido clavulinico dos veces al dia o una tableta de trimetropin-sulfametoxazol dos veces al dia por 10 dias principalmente en el segundo trimestre. Otra opción es de 1 o 2 gr de ceftriaxona intramuscular diariamente.

Sin embargo el manejo suele ser dentro del hospital para una mayor vigilancia tanto de la madre como del hijo. El tratamiento debe de incluir hospitalización, vigilancia del bienestar fetal, hidratación parenteral, analgésicos y antipiréticos derivados del paraaminofenol por ejemplo el acetominofen y antibióticos parenterales

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

2.1 PRESENTACION DEL CASO CLINICO

La señora FSD de 27 años de edad de estado civil casada con antecedentes gineco obstétricos de menarca a los 12 años de edad 4 x 28 días, inicio vida sexual activa (IVSA) a los 20 años con una sola pareja. Gesta=1, Para= 0, cesarea= 0, Aborto=0, actualmente cursa con un embarazo de 30 SDG con fecha probable de parto del 9 de julio del 2012

Se presenta a la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social acompañada de su esposo el día 21 de Mayo del 2012 a las 10:00 am al servicio de Urgencias, refiere que desde hace 1 semana cursa con dolor al orinar, tiene sensación de quemazón, orina en pequeñas cantidades y con frecuencia tiene sensación de orinar, es valorada por el médico de guardia el cual determina que presenta una infección de vías urinarias.

Exploración física:

Paciente consciente, orientada, tranquila, presenta mucosas orales hidratadas, ligera palidez de tegumentos, cardio pulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante de 30 SDG, POSICION CEFALICA, SITUACION LONGITUDINAL, DORSO DERECHO y tiene un Fondo Uterino de 26 cm. Al tacto se encuentra cérvix formado, con producto libre.

2.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACION:

No presenta dificultad respiratoria. No se ha expuesto a humo de leña. No ha fumado en ningún momento de su vida. No convive con fumadores. No ha convivido con aves. Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina y sube escaleras. Su casa esta ventilada. No hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine la cercanía de su casa. No tiene familiares con problemas para respirar. No le han diagnosticado hipertensión. No tiene problemas cardiacos. No toma ningún medicamento.

Explore:

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Expansión torácica: Simétrica. Profundidad: Superficial. Frecuencia cardiaca: 68 por minuto. Presión arterial: 120/80. Región cardio pulmonar sin compromiso

No presenta dificultad respiratoria. Si presenta fatiga. No presenta expectoraciones. Presenta ligera palidez de tegumentos. Su llenado capilar es de 2 segundos

Se observa cansada y fatigada.

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION:

En el desayuno acostumbra a ingerir: 1 taza de café, 1 pieza de pan. 1 vaso de jugo, huevo con frijoles, tamales, quesadillas y atole. En la comida acostumbra a ingerir: carne roja, arroz, leguminosas, alimentos ricos en grasa como pizzas y hamburguesas. En la cena acostumbra a ingerir: tamales, atole, 1 taza de café, 1 pieza de pan, quesadillas, molletes

Ingiere alimentos entre comidas come papas a la francesa, palomitas, donas. Come en casa con su esposo y con su mama

No considera que su estado de ánimo influya en su alimentación. Todos los alimentos le agradan y ningún alimento le desagrada. Ninguno le causa intolerancia. No tiene problemas al masticar. Tiene dentadura completa. No usa prótesis. No tiene problemas con su peso. No considera que tenga buena digestión de los alimentos porque presenta estreñimiento. Si acostumbra a tomar refrescos y toma más de 1 litro al día. Acostumbra a tomar café. No acostumbra a tomar alcohol y no toma suplementos alimenticios

Presenta mucosas orales hidratadas, no tiene caries y tiene dentadura completa

3. NECESIDAD DE ELIMINACION:

Evacua 1 vez al día. Presenta esfuerzo para defecar, no tiene dolor anal al evacuar. Tiene dolor abdominal al evacuar la característica de dolor es soportable. Tiene flatulencias, No presenta tenesmo ni meteorismo. Si presenta incontinencia urinaria. No presenta prurito ni hemorroides. Cuando presenta problemas para evacuar consume nopal con linaza en licuado. Caminar le ayuda para evacuar. Permanecer sentada le dificulta la evacuación. Las características de la evacuación es blanda y cilíndrica. Orina muchas veces al día en pequeñas cantidades, es de color amarillo y su orina es normal. Presenta disuria, poliuria, nicturia y urgencia para orinar. Toma agua cuando tiene problemas para orinar. Si suda, su sudoración es normal y suda cuando hace las labores del hogar.

Su fecha de última menstruación fue el 31 de octubre del 2011, menstrua cada 28 días, dura 4 días su menstruación, no presenta dismenorrea, no tiene pérdidas intermenstruales, no tiene flujo vaginal

4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

No tiene problema que le dificulte la deambulación. No tiene dificultad para moverse. No utiliza apoyos para desplazarse. Estar sentada es la postura habitual y pasa 5 horas sentada. No presenta dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No presenta debilidad muscular. No tiene

edema, comezón, pérdida del equilibrio o desorientación y no realiza ninguna actividad física

No presenta ninguna alteración

5. NECESIDAD DE VESTIDO:

La ropa que utiliza cuando hace frío es bufandas, suéteres y guantes; cuando hace calor usa vestidos y faldas y cuando llueve usa impermeables, su ropa le permite la libertad de movimiento. Si expresa sentimientos a través de su ropa. La ropa la elige ella y es capaz de desvestirse y vestirse sola

Viste de acuerdo a su género y edad y su ropa está limpia

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Descansa durante el día y lo hace durmiendo, se siente relajada después de descansar. Duerme 8 horas habitualmente. No presenta dificultad para conciliar el sueño. Se despierta fácilmente. No tiene sueño agitado. No tiene pesadillas. Presenta nerviosismo. Se despierta durante la noche porque le preocupa el embarazo y el parto. El lugar que ella utiliza favorece su sueño. Acostumbra a tomar siestas y ve la televisión para conciliar el sueño

Presenta ligeras ojeras, se concentra fácilmente, tiene buena actitud se cansa por el embarazo y bostezo ocasionalmente

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION:

Si sabe cómo medir la temperatura. Si presenta alteraciones de la temperatura tiene 38° C. coloca paños de agua fría en la frente y pone agua fría en los pies cuando tiene alguna alteración de la temperatura

La señora FSD presenta hipertermia de 38° C por la infección de las vías urinarias

8. NECESIDAD DE HIGIENE:

Se baña 1 vez al día, se lava 1 vez el cabello y el cambio de ropa es total, se lava las manos después de ir al baño, antes de preparar la comida y cuando llega a su casa de la calle, se realiza el cuidado de las uñas de los pies y de las manos 1 vez a la semana, se cepilla 2 veces al día los dientes, utiliza hilo dental, no utiliza prótesis dental, visito hace 6 meses a su dentista y no necesita ayuda para realizar su aseo personal

Presenta ligera palidez de tegumentos, buena higiene y mucosas orales hidratadas

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Si tiene el esquema de inmunización completa, tiene aplicada la de toxoide tetánico, toxoide diftérico, hepatitis, neumococcica, influenza, sarampión, rubeola. El ultimo examen que se realizo fue el papanicolau y la exploración mamaria, los resultados fueron normales. Si usa condón, no se automedica, no usa drogas, no usa pasamanos, no usa asideras, no usa bastón. Se siente bien físicamente, es capaz de dar soluciones a sus problemas y de mantener su seguridad física, si cuenta con las medidas de seguridad en su casa y no presenta sufrimiento

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

El español es su idioma materno. No tiene alteración en los órganos de los sentidos, su carácter es fuerte su autopercepcion es optimista y realista, no tiene dificultad para entender ni para concentrarse, no tiene problemas de lectoescritura y es buena la comunicación con su familia

No presenta ninguna alteración

11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

Su familia es importante en su vida, su salud y estar bien con su esposo es importante para ella, la opinión que la señora FSD tiene para ayudar a personas desconocidas es que es muy humanitario, si siente que la vida le ha dado lo que

esperaba de ella, sus creencias sobre la vida y su religión le ayudan a enfrentar sus problemas

Lee con frecuencia la biblia, usa una cruz como collar asiste a la iglesia católica todos los domingos, cree en Dios, es católica y reza todas las noches

12.NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION:

Le ayuda a su esposo en el taller mecánico, no tiene una ocupación remunerada, no tiene ninguna incapacidad, no necesita de algún cuidado especial, si puede trabajar, no tiene ninguna dependencia, no tiene ningún problema para integrarse socialmente, no requiere asistencia hospitalaria, casi siempre logra cumplir sus metas y sus metas en la vida son mantener a su familia unida y feliz

La señora FSD se encuentra calmada y tranquila

13.NECESIDAD DE RECREACION:

Casi siempre se siente de ánimos para divertirse y de reírse, atribuye su estado de ánimo a que se lleva bien con su esposo y que son muy pocas las veces que se pelean, va al cine, ve la televisión, escucha música, va a fiestas, baila y acude a reuniones son las actividades que acostumbra para divertirse, nunca tiene cambios bruscos de estado de ánimo, nunca le han diagnosticado depresión y su estado de ánimo no influye para realizar alguna actividad recreativa

No presenta ninguna alteración

14.NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Considera que necesita adquirir nuevos conocimientos porque estudio hasta la secundaria, no le cuesta ningún trabajo aprender, adquiere sus conocimientos de la lectura, radio y televisión y lo que ella ha aprendido ha modificado su estado de salud y ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud

Dice que quiere estudiar el bachillerato y que quiere adquirir a corto plazo más conocimientos sobre los cuidados que va a tener con su bebe

2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE OXIGENACION:

- Fatiga relacionada con el embarazo manifestado por cansancio, falta de aire para caminar y para subir escaleras

NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION:

- Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con hábito alimentario inadecuado manifestado por ingesta de alimentos ricos en grasa y de comida chatarra
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de bebidas principalmente agua manifestado por sequedad de la piel

NECESIDAD DE ELIMINACION:

- Estreñimiento relacionado con el embarazo manifestado por dolor abdominal, cantidad de heces inferior a lo normal y flatulencias
- Dificultad para la eliminación urinaria relacionado con proceso infeccioso manifestado por urgencia para orinar, nicturia, poliuria e incontinencia urinaria

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y DE BUENA POSTURA:

- Riesgo de atrofia muscular y articular relacionado con sedentarismo y falta de ejercicio

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

- Deterioro del ritmo del sueño relacionado con nerviosismo manifestado por la presencia de ojeras

NECESIDAD DE TERMORREGULACION:

- Hipertermia relacionada con infección de las vías urinarias manifestado por elevación de la temperatura corporal por encima de los límites normales y escalofríos

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

- Déficit de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido relacionado con la ausencia de la información manifestado por preguntas constantes y deseo de aprender

NECESIDAD DE VESTIDO:

- Potencial de favorecer el uso adecuado de ropa

NECESIDAD DE HIGIENE:

- Potencial de favorecer una buena higiene

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

- Potencial para favorecer las medidas de protección de salud

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

- Potencial para favorecer la buena comunicación con su familia

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

- Potencial para favorecer y fortalecer sus creencias y valores

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION:

- Potencial para favorecer el cumplimiento de sus metas

NECESIDAD DE RECREACION:

- Potencial para favorecer las actividades de recreación

2.3.1 JERARQUIZACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE ELIMINACION:

- Dificultad para la eliminación urinaria relacionado con proceso infeccioso manifestado por urgencia para orinar, nicturia, poliuria e incontinencia urinaria.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION:

- Hipertermia relacionada con infección de las vías urinarias manifestado por elevación de la temperatura corporal por encima de los límites normales y escalofríos

NECESIDAD DE ELIMINACION:

- Estreñimiento relacionado con el embarazo manifestado por dolor abdominal, cantidad de heces inferior a lo normal y flatulencias

NECESIDAD DE ELIMINACION E HIDRATACION:

- Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con hábito alimentario inadecuado manifestado por ingesta de alimentos ricos en grasa y de comida chatarra
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de bebidas principalmente agua manifestado por sequedad de piel

NECESIDAD DE OXIGENACION:

- Fatiga relacionada con el embarazo manifestado por cansancio, falta de aire para caminar y subir las escaleras

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

- Riesgo de atrofia muscular y articular relacionado con sedentarismo y falta de ejercicio

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

- Deterioro del ritmo del sueño relacionado con nerviosismo manifestado por la presencia de ojeras

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

- Déficit de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido relacionado con la ausencia de la información manifestado por preguntas constantes y deseo de aprender

NECESIDAD DE VESTIDO:

- Potencial para favorecer el uso adecuado de ropa

NECESIDAD DE HIGIENE:

- Potencial de favorecer una buena higiene

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

- Potencial para favorecer las medidas de protección de salud

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

- Potencial para favorecer la buena comunicación con su familia

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

- Potencial para favorecer y fortalecer sus creencias y valores

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION:

- Potencial para favorecer el cumplimiento de sus metas

NECESIDAD DE RECREACION:

- Potencial para favorecer las actividades recreativas

2.4 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION

NECESIDAD: Eliminación

Diagnóstico de Enfermería:

Dificultad para la eliminación urinaria relacionado con proceso infeccioso manifestado por urgencia para orinar, nicturia, poliuria e incontinencia urinaria.

Objetivo:

Que la señora FSD restablezca un esquema de eliminación urinaria normal y que la infección de las vías urinarias se elimine

Planeación:

Indicar a la señora FSD que debe beber volúmenes libres de agua de 2 a 3 litros al día

Fundamentación científica:

Ingerir abundantes cantidades de líquidos durante el día disminuye las concentraciones bacterianas en la orina, además la ingesta suficiente de líquidos favorecer el flujo renal

Ejecución:

Se le recomendó a la señora FSD que tomara 8 vasos de agua en el transcurso del día

Planeación:

Recomendar a la señora FSD que orine cada 2 a 3 horas y que vacíe por completo la vejiga

Fundamentación científica:

La eliminación frecuente de la vejiga aumenta la eliminación de las bacterias, reduce la estasis urinaria y evita la infección. La micción poco frecuente distiende en exceso la pared de la vejiga, lo cual conduce a hipoxia de la mucosa vesical, que entonces es susceptible a infección bacteriana

Ejecución:

A la señora FSD se le dio las instrucciones para que orinara cada 2 o 3 horas al día para prevenir una futura infección de vías urinarias

Planeación:

Explicarle a la señora FSD de tener una apropiada higiene perineal

Fundamentación científica:

La propagación de bacterias de las regiones anal y vaginal a la uretra se pueden minimizar mediante la limpieza de la región perineal. Esta higiene debe de hacerse del perineo y del meato urinario desde el frente hacia atrás, esto ayuda a reducir la contaminación de patógenos en la abertura uretral y vaginal

Ejecución:

Se le explico a la señora FSD que debe de tener una buena higiene después de que orine y defaque esto se hizo mediante un esquema de los genitales externos femeninos en donde se le mostro la técnica adecuada y correcta de la limpieza

Planeación:

Informar a la señora FSD respecto a la conveniencia de usar ropa intima de algodón y que no sea ajustada

Fundamentación científica:

La ropa de algodón holgada absorbe la humedad y proporciona una buena circulación

Ejecución:

Se le explicaron a la señora FSD las ventajas de usar ropa íntima de algodón.

Planeación:

Indicarle a la señora FSD que no ingiera café, té ni refrescos

Fundamentación científica:

El café, el té, los refrescos son sustancias que causan irritación de la mucosa vesical y el tracto urinario, lo cual favorece la propagación de bacterias.

Ejecución:

Se le explicaron a la señora FSD de no tomar café, té y refresco particularmente en el embarazo

Planeación:

Orientarle sobre los beneficios de orinar inmediatamente después del coito

Fundamentación científica:

El masaje uretral relacionado con el coito facilita la entrada de microorganismos a la vejiga, al momento de que entra el pene a la vagina puede que entren microorganismos y esto propicie una infección de vías urinarias

Ejecución:

Se oriento a la señora FSD respecto a las ventajas de orinar inmediatamente después de tener relaciones sexuales

Planeación:

Explicarle a la señora FSD las ventajas del baño en regadera. Recomendar a la señora FSD no bañarse en tina ni darse baños de asiento y que no use productos para la higiene femenina

Fundamentación científica:

Los baños de tina o de asiento hacen que las bacterias entren por la uretra y el uso de burbujas o aerosoles de higiene femenina pueden secar e irritar los tejidos perineales promoviendo el crecimiento bacteriano

Ejecución:

Se le dieron instrucciones a la señora FSD para no hacer la ducha en tinas y de que no debe darse irrigaciones vaginales

Evaluación:

Con los cuidados de enfermería que se le dieron a la señora FSD la infección de vías urinarias se eliminó. Se le explicaron las medidas de prevención y de higiene para evitar futuras infecciones

NECESIDAD: Termorregulación**Diagnóstico de Enfermería:**

Hipertermia relacionado con infección de las vías urinarias manifestado por elevación de la temperatura corporal por encima de los límites normales

Objetivo:

Que la hipertermia disminuya y que llegue a los límites normales la temperatura corporal

Planeación:

Se le aplicaran a la señora FSD medios físicos como compresas húmedas de agua fría

Fundamentación científica:

La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos y la pérdida de calor hacia el ambiente, el centro regulador de la temperatura es el

hipotálamo, la hipertermia puede producir daño cerebral permanente ya que las células nerviosas no se regeneran, al aplicar compresas de agua fría se permitirá la evaporación y consecuentemente la disminución corporal

Ejecución:

Se le aplicaron compresas húmedas de agua fría en la cabeza para disminuir la hipertermia

Planeación:

Proporcionar líquidos

Fundamentación científica:

Los líquidos perdidos a través de pérdidas de agua insensibles precisan la sustitución

Ejecución:

Se le dio a tomar agua y se le dio instrucciones de que tome suficientes líquidos

Planeación:

Mantener al señora FSD en reposo relativo mientras persista la fiebre

Fundamentación científica:

La hipertermia produce fatiga y malestar general por lo que es necesario descansar y evitar al mismo tiempo una caída

Ejecución:

Se vigilo que la señora FSD se mantuviera en reposo

Planeación:

Realizar la medición de la temperatura corporal cada 30 minutos mientras persiste la fiebre

Fundamentación científica:

La medición frecuente de la temperatura nos ayuda a cerciorarnos de que la temperatura está descendiendo así mismo se tomaran otras medidas si no responde correctamente a los cuidados que se le hicieron

Ejecución:

Se le midió la temperatura a la señora FSD colocándole el termómetro en la axila cada media hora

Evaluación:

Con los cuidados que se le proporcionaron a la señora FSD se redujo la hipertermia y la temperatura corporal está en su límite normal

NECESIDAD: Eliminación**Diagnóstico de Enfermería:**

Estreñimiento relacionado con el embarazo manifestado por dolor abdominal, cantidad de heces inferior a lo normal y flatulencias

Objetivo:

La señora FSD mejorara su evacuación y no presentara estreñimiento

Planeación:

Fomentar la ingesta de líquidos

Fundamentación científica:

Una ingesta abundante de líquidos ayuda que las heces sean blandas y estimula la motilidad intestinal

Ejecución:

Se le dio instrucciones a la señora FSD para que tome suficientes líquidos de preferencia que sea agua

Planeación:

Fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibra

Fundamentación científica:

Una alimentación rica en fibra fomenta la actividad peristáltica y ayuda a que la señora FSD tenga una evacuación regular

Ejecución:

Se fomento el aumento en la ingesta de alimentos ricos en fibra como salvado, pan integral, avena, frutas cocida, arroz integral y verdura cruda

Planeación:

Fomentar la actividad física como caminar

Fundamentación científica:

La actividad estimula el peristaltismo y fortalece los músculos abdominales lo que facilita la evacuación

Ejecución:

Se le dieron instrucciones a la señora FSD que camine en el parque más cercano de su casa y que lo hiciera diario con una duración de 15 a 30 minutos

Planeación:

Explicar a la señora FSD que debe de comer 3 o 4 veces al día y que lo debe de hacer de forma saludable

Fundamentación científica:

Comer a intervalos regulares favorece la regularidad en la defecación

Ejecución:

Decirle a la señora FSD que no deje de comer muchas horas y que coma cosas saludables, se le explico con ayuda de un esquema del sistema digestivo que si deja de comer muchas horas el peristaltismo no es regular y esto puede traer consecuencias como el estreñimiento

Planeación:

Explicarle a la señora FSD que mastique bien los alimentos

Fundamentación científica:

Los alimentos bien masticados se digieren mejor en el intestino y mejoran el peristaltismo

Ejecución:

Dar instrucciones a la señora FSD y explicarle que debe de masticar bien los alimentos para que la digestión sea la adecuada esto se le explico con la ayuda de un esquema de una dentadura.

Planeación:

Informar a la señora FSD acerca de los hábitos intestinales

Fundamentación científica:

El no ir a defecar cuando se siente necesidad puede perjudicar al peristaltismo y puede dañar los movimientos intestinales

Ejecución:

Se le explico a la señora FSD que debe de ir a defecar cuantas veces tenga la necesidad de ir al baño y que se tome el tiempo necesario

Evaluación:

Con los cuidados de enfermería que se le proporcionaron a la señora FSD mejoro su peristaltismo, la función intestinal y se elimino el estreñimiento

NECESIDAD: Alimentación e hidratación**Diagnóstico de Enfermería:**

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con hábito alimentario inadecuado manifestado por ingesta de alimentos ricos en grasa de comida chatarra

Objetivo:

La señora FSD tendrá una dieta equilibrada y rica en nutrientes para que su organismo funcione adecuadamente

Planeación:

Se le proporcionara una dieta equilibrada para que coma correctamente y no consuma comida chatarra

Fundamentación:

Los cuatro grupos de alimentos fundamentales son: leche y productos lácteos, panes, cereales y granos, frutas y verduras. Con estos grupos alimenticios el organismo funcionara normalmente sin complicaciones

Ejecución:

Se le proporciono una dieta que comprende el desayuno, comida, cena y bocadillos. Este es un ejemplo de dieta que se le dio:

Desayuno:

- ½ taza de avena
- 1 pan dulce
- 1 taza de leche con bajo contenido de grasa y de azúcar

Comida:

Tostadas:

- 60 gramos de pollo
- ½ taza de frijoles refritos
- 2 tortillas de maíz

Salsa fresca de chile:

- ½ de tomate + ½ de cucharadita de chile
- 1 taza de lechuga romana
- 20 gramos de queso panela

Cena:

Bistec ranchero:

- 85 gramos de bistec
- ½ taza de frijoles
- ½ taza de papa

Salsa fresca de chile:

- ½ de tomate + ½ de cucharadita de chile
- 2 tortillas de maíz
- ¼ de mango fresco

Bocadillos:

Licuada:

- 1 taza de leche de bajo contenido de grasa

- 1 platano + azúcar
- ¾ tazas de corn flakes
- 1 taza de leche de bajo contenido de grasa

Evaluación:

Con la dieta que se le proporcione su organismo funciona adecuadamente y ya come equilibrada y adecuadamente.

NECESIDAD: Alimentación e hidratación**Diagnóstico de Enfermería:**

Déficit del volumen de líquidos relacionado con poca ingesta de bebidas principalmente agua manifestado por sequedad de piel

Objetivo:

Que la señora FSD tenga la piel hidratada y que tome líquidos como agua

Planeación:

Recomendar a la paciente que tome líquidos principalmente agua

Fundamentación científica:

La piel contiene 70 % de agua y el agua le proporciona a la piel extensibilidad, flexibilidad y permeabilidad. El agua que forma parte de la piel proviene del interior, del líquido que se bebe y de los alimentos que se ingieren. Transportada por la sangre se difunde en las diferentes capas de la piel. La ingesta de agua previene la deshidratación.

Ejecución:

Fomentar en la señora FSD el incremento en la ingestión de agua

Evaluación:

La señora FSD aumento el incremento en la ingesta de agua

NECESIDAD: Oxigenación**Diagnóstico de Enfermería:**

Fatiga relacionada con el embarazo manifestado por cansancio, falta de aire para caminar y subir las escaleras

Objetivo:

Que la señora FSD no presente fatiga cuando camine y suba las escaleras

Planeación:

Indicar a la señora FSD que descanse cuando camine y suba las escaleras que no lo haga con rapidez, que tome intervalos de descanso cuando camine y suba las escaleras

Fundamentación científica:

La fatiga se debe al aumento de la producción de hormonas y de la mayor demanda del aparato cardiopulmonar, por la presión que ejerce el útero sobre el diafragma y por falta o exceso de ejercicio

Ejecución:

Se le dieron instrucciones a la señora FSD que tome intervalos de descanso mientras camina y sube escaleras

Evaluación:

La señora FSD disminuyo su fatiga y ya no se cansa cuando camina y sube las escaleras

NECESIDAD: Descanso y sueño

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro del ritmo del sueño relacionado con nerviosismo manifestado por la presencia de ojeras

Objetivo:

La señora FSD restablecerá su ritmo del sueño y se reducirá el nerviosismo y por consiguiente se disminuirán las ojeras

Planeación:

Decirle a la señora FSD que tome un baño con agua caliente antes de irse a dormir

Fundamentación científica:

El baño con agua caliente estimula el sistema inmune y aumenta la circulación. El agua caliente relaja y calma al cuerpo y permite al cuerpo humano liberar tensiones y nerviosismo

Ejecución:

Se le dio la instrucción a la señora FSD que tome un baño de agua caliente antes de ir a dormir.

Planeación:

Indicar a la señora FSD que no ingiera comidas abundantes y que no tome leche 2 o 3 horas antes de ir a dormir

Fundamentación científica:

La leche y los alimentos con proteínas contienen triptófano un precursor de la serotonina al que se le atribuye la capacidad de inducir y mantener el sueño. Se deben de evitar los estimulantes porque inhiben el sueño

Ejecución:

Se le dio la instrucción a la señora FSD que no ingiera comidas abundantes y que en la hora de la cena ingiera alimentos ligeros

Planeación:

Indicar a la señora FSD que no debe de tomar café ni refrescos antes de irse a dormir

Fundamentación científica:

La cafeína es un estimulante del sistema nervioso central que produce un efecto temporal de restauración del nivel de alerta y eliminación de la somnolencia, la cafeína produce insomnio, excitación, somnolencia, hiperactividad, nerviosismo, irritabilidad, taquicardia, ansiedad y neurosis.

Ejecución:

Se le indico a la señora FSD que no debe de ingerir café antes de irse a dormir

Planeación:

Indicarle a la señora FSD que apague las luces y que no haya ruidos para que pueda dormir relajadamente y que no tenga nerviosismo

Fundamentación científica:

El ruido y las luces pueden ser un factor de distracción y de estrés para que la señora FSD no pueda dormir adecuadamente.

Ejecución:

Se le indico a la señora FSD que apague las luces y que no haya ruidos para que descanse adecuadamente

Planeación:

Promover en la señora FSD la expresión de sus sentimientos, percepciones y temores

Fundamentación científica:

La expresión abierta de los sentimientos facilita la identificación de emociones específicas, de las percepciones distorsionadas y de los temores no realistas

Ejecución:

Se promovió en la señora FSD que debe de expresar sus sentimientos libremente.

Planeación:

Crear una atmosfera de confianza con la señora FSD

Fundamentación científica:

La confianza es un primer paso esencial en la relación terapéutica

Ejecución:

Se promovió un ambiente de confianza para que la señora FSD tenga confianza en expresar libremente su nerviosismo y así descanse adecuadamente

Evaluación:

La señora FSD restableció su ritmo del sueño, disminuyo su nerviosismo y sus ojeras poco a poco fueron desapareciendo.

NECESIDAD: Aprendizaje**Diagnóstico de Enfermería:**

Déficit de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido relacionado con ausencia de información manifestado por preguntas constantes y deseo de aprender

Objetivo:

La señora FSD tenga conocimientos sobre el cuidado de su bebe

Planeación:

Enseñar a la señora FSD los conocimientos sobre el cuidado que va a tener con su bebe.

Fundamentación científica:

Con los conocimientos que va a adquirir la señora FSD va a cuidar adecuada y correctamente a su bebe

Ejecución:

Se le dieron los conocimientos a la señora FSD que va a aplicar en el cuidado de su bebe, esto se hizo mediante el uso de dibujos

Alimentación del recién nacido:

La lactancia materna es aquella en que la madre amamanta de forma directa y exclusiva a su bebe.

La lactancia materna tiene indiscutibles beneficios para el niño y la madre entre los cuales se pueden destacar los siguientes:

Para el recién nacido:

La leche humana es el alimento ideal para promover el crecimiento y el desarrollo del niño durante sus primeros 4 a 6 meses de vida.

Le proporciona las sustancias nutritivas ideales para el bebe.

Le proporciona defensas contra enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias bajas, otitis media, bacteremia, meningitis, entre otras. En la vacuna que el bebe recibe de su propia madre ya que contiene anticuerpos.

Además de las ventajas nutricionales y desarrollo psicomotor están entre otras que son igualmente importantes como las higiénicas y las económicas

Fortalece la relación afectiva, le brinda cariño, confianza y seguridad al bebe en contacto directo con su madre.

Promueve el desarrollo de los músculos faciales, maxilares y dientes

Para la madre:

El amamantamiento acelera la involución uterina porque la estimulación repetida de los pezones libera oxitocina que contrae el endometrio.

Disminuye el riesgo de contraer cáncer de mama

Es conveniente, siempre está disponible, no requiere preparación, es económica y tiene efecto anticonceptivo

Posiciones para amamantar:

Una buena posición al pecho es aquella en la que tanto la madre como el bebe están en una postura cómoda.

Sentada clásica:

Con la espalda recta coloca una almohada bajo el niño para que quede mas cerca del pezón, acercar al bebe al pezón y no el pecho al bebe, ya que de hacerlo provoca molestias en la espalda. Colocar al bebe sobre un brazo, de tal forma que se pueda sostener con la mano del mismo brazo la pierna o nalgas del bebe. Procurar que la cara quede exactamente frente al seno materno, lo que permite sostener el pecho con la otra mano en forma de la letra C, que sostiene en colocar el pulgar encima del seno mientras los demás dedos que lo soportan debajo.

Para cambiar el seno o al terminar de lactar, introducir suavemente el dedo en la comisura labial del bebe. Con lo cual se rompe el vacio que se forma dentro de la boca y pueda soltar el pezón sin lastimar el seno.



Balón de fútbol:

La madre apoya la cabeza del bebe con su cuerpo descansando en un cojín junto a su cadera. Este brazo permite a la madre ver la posición del niño en su seno



Acostada en decúbito lateral:

El cuerpo del bebe y el cuerpo de la madre están frente a frente. La madre ofrece el pecho de lado en que esta acostada. Esta posición y la de balón de futbol son las más apropiadas cuando la madre ha tenido una cesarea.



Recomendaciones para una lactancia optima:

El momento para la alimentación debe de ser tranquilo y libre de tensiones. Es necesario que la madre y el bebe se encuentren cómodos y que el bebe este despierto y hambriento.

El pecho y el pezón se asean con agua sola antes del amamantamiento. El pezón debe de lubricarse con un poco de la leche de la madre para prevenir las grietas

Si existe la ingurgitación dolorosa de la mama es conveniente llevar a cabo un masaje manual. Para ello se colocan las dos mamas sobre el pecho al que se va a dar el masaje, con los dedos pulgares hacia arriba y los dedos índices de la areola. Se procederá a hacer presión sobre el pecho con los dedos en el pezón. Esta maniobra se realiza varias veces rotando las manos en cada presión que se haga, con el objeto de dar masaje sobre todos los conductos lactíferos

La introducción del pezón en la boca del recién nacido no debe de ser forzada; si se estimulan las comisuras labiales con el contacto del pezón, el bebe como acto reflejo llamado búsqueda complementa el reflejo de succión y se coordina con el. No solo el pezón debe de estar dentro de la boca si no toda la areola. La madre debe de oprimirla suavemente entre dos dedos y evitar así que queden obstruidas las fosas nasales del bebe para que este pueda respirar y suelte el pecho

La duración de cada toma es variable y se incrementa a medida que aumenta el volumen de la leche y la succión es más vigorosa. En cada toma el bebe debe de succionar de ambos senos y es conveniente alternar el lado por el que se inicia amamantando

Para retirar el pezón de la boca se oprimirá suavemente la areola. De este modo desaparece el vacio que mantiene el pezón entre los labios y este podrá ser retirado suavemente sin ser lastimado

Al finalizar la toma debe facilitarse que el niño saque el aire que ha deglutido en la alimentación este se hace dando palmadas en la espalda del bebe se hace suavemente

Durante los primeros días o semanas el bebe no regulariza aun su necesidad de alimentación. Por lo tanto se debe de pretender el establecimiento de horarios rígidos. Por otro lado la producción de leche se estimula por una succión frecuente. Cuando se adopta este sistema de espontaneidad en los horarios llamados a libre demanda se observa al cabo de cuatro o cinco semanas en 90 % de los lactantes ha regularizado sus horarios y se alimentan cada 2 a 3 horas

Higiene del recién nacido:

El aseo es muy importante para prevenir mucha clase de infecciones y de enfermedades gastrointestinales y de la piel. Estas resultan en gran parte de una falta de higiene y aseo personal

La piel del recién nacido tiene características especiales que le hacen diferente con la del adulto. Desde el punto de vista físico la piel del bebe es de un 40 a 60 % más delgada y la relación superficie corporal con respecto al peso es cinco veces mayor, lo que confiere mayor permeabilidad de las sustancias

Esto aumenta el riesgo de toxicidad por agentes aplicados sobre la piel por lo que los medicamentos que se administran en ella como pomadas, ungüentos y cremas no pueden ser utilizados en la misma concentración que en el adulto

Los cuidados generales que se deben de tener con la piel incluyen los siguientes:

Cuidados del cordón umbilical:

El cordón umbilical se desprende habitualmente entre los días 8 y 10 y algo mas tarde en los bebes nacidos por cesárea. La cicatrización de la herida que queda suele producirse entre 3 y 5 días después de la caída

La humedad excesiva, la infección y en definitiva el mal cuidado puede provocar un retraso en el proceso, si el retraso es muy prolongado debe de presentarse la posibilidad de patología asociada o cuidados inadecuados

Para evitar posibles infecciones es necesario limpiar el cordón y la piel alrededor con agua y con jabon no es necesario aplicar mertiolate, agua oxigenada o alcohol.

El cuidado del cordón debe realizarse por lo menos 2 a 3 veces al día o puede hacerse en cada cambio de pañal el cordón umbilical debe de estar afuera del pañal para que no esté húmedo y se propaguen infecciones. Revisar el cordón diariamente en busca de cualquier olor, exudados o material amarillento como pus



Cambio de pañal:

El cambio de pañal debe de ser constantemente para prevenir la dermatitis atópica u otras enfermedades se debe de limpiar con toallas para bebe y no se deben de aplicar pomadas, talcos o cremas porque dañan la piel del bebe, no se deben de reutilizar ni lavar los pañales desechables y si se usan pañales de tela se deben de lavar perfectamente con jabón que no tenga muchos químicos y no se deben de lavar con otras prendas



Vestimenta del recién nacido:

La ropa del bebe de preferencia debe de ser de algodón evitando abrigarlo de forma excesiva, lo cual puede favorecer la aparición de salpullido, esta se debe de lavar con jabón de pasta, evitando la utilización de detergentes, suavizantes y cloro, que pueden irritar la piel e incluso en algunos casos resultan ser tóxicos



Baño del recién nacido:

La hora del baño proporciona la oportunidad de crear vínculos afectivos padres e hijos. El baño del recién nacido debe de realizarse desde el primer día que el bebe ya está en casa hay que secar muy bien el cordón umbilical para evitar infecciones. Todos los días hay que bañar al bebe, preferiblemente a la misma hora que pueda ser adecuado para ambos de preferencia se debe de hacerse al medio día cuando haya sol se tiene que realizar con las ventanas cerradas del cuarto en donde se va hacer el baño sin que haya corrientes de aire

Pasos para realizar el baño del bebe:

- Mantener una temperatura templada en la habitación donde se bañara al bebe. Evitar las corrientes de aire o cambios bruscos de temperatura
- Tener a la mano todo lo que se necesita. Una esponja suave, jabón

neutro sin químicos, toallas, ropa del bebe y pañales

- Verificar la temperatura del agua esta debe de ser templada no muy fría ni muy caliente
- Introducir al bebe al agua lentamente. Tomar al bebe apoyando la cabeza en su brazo y pasando la mano por debajo de la axila. Con la mano libre enjabonarlo y lavarlo con movimientos suaves para inspirarle confianza
- El baño se debe de realizar en poco tiempo máximo 10 minutos para que no pierda calor en bebe
- Se debe de secar perfectamente al bebe para no favorecer las infecciones
- Se debe de colocar la ropa al bebe y el pañal rápidamente para que el bebe no se enfríe
- El baño se debe realizar diario y se debe de realizar antes de que coma el bebe para que el baño no le provoque nauseas y vómitos
- El baño es recomendable para el bebe porque lo relaja



NECESIDAD: Vestido

Diagnóstico de Enfermería:

Potencial para favorecer el uso adecuado de ropa

Objetivo:

Que la señora FSD siga usando su ropa adecuadamente

Planeación:

Explicarle a la señora FSD que siga usando su ropa adecuadamente

Fundamentación científica:

El uso adecuado de ropa permite que las personas se sientan bien física y sentimentalmente. El uso de ropa de acuerdo al clima permite que las personas realicen sus actividades cotidianas correctamente. En época de calor deben de usar ropa ligera como vestidos, faldas y en época de frío deben de utilizar ropa caliente como suéteres, chamarras, bufandas o ropa térmica, el uso de la ropa previene enfermedades como las respiratorias y la deshidratación. Las prendas muy apretadas o ajustadas como las pantimedias y pantalones pueden contribuir a infecciones vaginales

Ejecución:

Se le explico a la señora FSD que debe de usar ropa que facilite la realización de sus actividades cotidianas, con la cual se sienta cómoda y que debe de evitar el uso de cualquier tipo de ropa o accesorios que impidan el movimiento o la circulación, se le recomendó el uso de ropa de maternidad

Evaluación:

La señora FSD siguió usando ropa cómoda que contribuyo a su bienestar físico y mental y a la realización de sus actividades cotidianas

NECESIDAD: Higiene**Diagnóstico de Enfermería:**

Potencial para favorecer una buena higiene

Objetivo:

Que la señora FSD siga manteniendo una buena higiene

Planeación:

Fomentar a la señora FSD que siga teniendo una buena higiene

Fundamentación científica:

Una buena higiene física previene infecciones y enfermedades.

Ejecución:

Se fomento en la señora FSD el seguimiento de una buena higiene. Se le explico que es esencial que se bañe todos los días que se lave el cabello diario. También se le explico que es fundamental que se lave las manos antes de preparar los alimentos, después de ir al sanitario, cuando llegue a su casa y cuando ella crea que es necesario hacerlo. Fomentar el cambio total de ropa diariamente, el corte de uñas de pies y manos, también que realice el lavado dental por lo menos 2 o 3 veces al día y que use hilo dental

Evaluación:

La señora FSD mantendrá una buena higiene para prevenir infecciones y enfermedades.

NECESIDAD: Evitar peligros**Diagnóstico de Enfermería:**

Potencial para favorecer las medidas de protección de la salud

Objetivo:

La señora FSD mantendrá las medidas de protección de su salud

Planeación:

Seguir fomentando en la señora FSD las medidas de protección para su salud como la continuidad del esquema de inmunizaciones, la realización del papanicolau, la mastografía y decirle que no se automedique

Fundamentación científica:

La realización del papanicolau previene el cáncer de mama y de diversas infecciones de transmisión sexual, la realización de la mastografía previene el cáncer de mama y las vacunas previenen muchas enfermedades

Ejecución:

Se fomento en la señora FSD que siga realizándose el papanicolau y la mastografía y explicarle las consecuencias que trae si no se los realice y que cada vez que haya una campaña de salud se aplique las vacunas pertinentes

Evaluación:

La señora FSD siguió manteniendo las medidas de protección para su salud

NECESIDAD: Comunicación**Diagnóstico de Enfermería:**

Potencial para favorecer la buena comunicación con su familia

Objetivo:

La señora FSD seguirá manteniendo una buena relación de comunicación con su familia

Planeación:

Explicarle a la señora FSD que la buena comunicación con su familia trae una buena salud mental y una buena relación entre los miembros de familia

Fundamentación científica:

La buena comunicación entre los miembros de la familia trae como consecuencia una buena higiene mental

Ejecución:

Se le explico a la señora FSD que siga manteniendo una buena relación con su esposo y con los demás miembros de su familia que siga expresándose libremente y que conviva con su familia cada instante que se pueda

Evaluación:

La señora FSD siguió manteniendo una buena comunicación con su familia

NECESIDAD: Creencias y valores**Diagnóstico de Enfermería:**

Potencial para favorecer y fortalecer sus creencias y valores

Objetivo:

Que la señora FSD siga fortaleciendo sus creencias y valores

Planeación:

Explicarle a la señora FSD que tener una buena relación con sus creencias y valores la ayuda a tener una buena comunión con ella, con su familia y con la sociedad.

Fundamentación científica:

Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología.

Ejecución:

Enseñar a la señora FSD a controlar sus emociones para que sus ideales no se vean afectados de manera negativa, ayudarle a que cumpla sus obligaciones religiosas como fomentarle que vaya a misa todos los domingos y que lea la biblia, decirle que siempre encuentre un significado a todo lo que ella realiza

Evaluación:

La señora FSD siguió fomentando sus creencias y valores

NECESIDAD: Trabajo y realización**Diagnóstico de Enfermería:**

Potencial para favorecer el cumplimiento de sus metas

Objetivo:

Que la señora FSD siga cumpliendo sus metas en su vida

Planeación:

La señora seguirá cumpliendo sus metas en la vida

Fundamentación científica:

La necesidad de trabajo y realización de una persona es muy importante porque de esto depende en gran parte la estima del paciente si se siente o no útil la persona

Ejecución:

Se le explico a la señora FSD que es muy importante que se mantenga ocupada para que su estima y su salud mental sean buenas y que es bueno que siempre cumpla sus objetivos y metas

Evaluación:

La señora FSD siguió manteniendo el cumplimiento de sus metas

NECESIDAD: Recreación**Diagnóstico de Enfermería:**

Potencial para favorecer las actividades de recreación

Objetivo:

La señora FSD seguirá cumpliendo correctamente su recreación

Planeación:

Promover en la señora FSD que lea constantemente, que siga yendo a reuniones o fiestas y que vaya a museos a aprender muchas cosas, que vea la tv y escuche el radio para entretenerse

Fundamentación científica:

La recreación de las personas es muy importante porque de esto depende que tenga una buena salud mental porque si están relajados y hacen lo que les gusta esto ayuda y permite que no caigan en depresión o tengan otras patologías mentales

Ejecución:

Se le explico a la señora FSD que tenga actividades de recreación como lo está haciendo y que es mejor que lea más libros y que vea menos tv porque leyendo aprende mas

Evaluación:

La señora FSD siguió con sus actividades recreativas

CONCLUSIONES

Durante la realización del Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson se pone en manifiesto la importancia de la aplicación de los cuidados de enfermería para el logro de la independencia de la persona en la satisfacción de sus 14 necesidades a través del Proceso Atención de Enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería permitió el ejercicio de la profesión basado en los conocimientos científicos

Por lo tanto es un gran logro poder brindar los cuidados necesarios a una persona que cursa con un embarazo de 30 semanas de gestación con una infección de vías urinarias lo cual tuvo una experiencia extraordinaria de ver como la infección de las vías urinarias se elimino y no trajo consecuencias a la persona o al bebe también se pudo implementar las medidas preventivas para que no hubiera reincidencia de la infección.

La persona logro su independencia en las 14 necesidades

SUGERENCIAS

El Proceso Atención de Enfermería es una herramienta hoy en día fundamental en enfermería por que nos permite elaborar planes de cuidado que podemos llevar a cabo junto con la persona para lograr su recuperación

Para elaborar el Proceso Atención de Enfermería hay que tomar en cuenta todas las etapas del proceso, desarrollarlas lo mejor posible, sin olvidar que hay etapas que permiten volver a plantear otras acciones de enfermería para lograr el bienestar de la persona de acuerdo sus posibilidades

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Calderón Jaimes Ernesto. Infectología Perinatal. Editorial: Trillas, primera edición, México 1991
- Jean Dickason Elizabeth. Enfermería Materno Infantil. Editorial: Harcourt, primera edición, España 1999.
- Kozier Barbara. Fundamentos de Enfermería. Editorial: McgrawHill, tercera edición, Barcelona 1999.
- Luis Rodrigo María Teresa. De la teoría a la práctica, el pensamiento de Henderson en el siglo XX. Editorial: Mason, segunda edición, Barcelona 2000.
- Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías de Enfermería. Editorial: Elsevier, sexta edición, España 2007
- Reeder Sharon. Enfermería Materno Infantil. Editorial: Interamericana McgrawHill, tercera edición, EUA 1999.
- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Editorial: Cuellar, segunda edición, México 2000.

GLOSARIO

ANTIBIOTICO: Relación con la capacidad de destruir o impedir el desarrollo de un organismo vivo.

CALOSTRO: Líquido agregado por la glándula mamaria durante el embarazo y los primeros días del parto, compuesto por sustancias inmunológicas, leucocitos, proteínas, grasa y carbohidratos en un líquido seroso y amarillo.

EDEMA: Hinchazón por acumulo de líquido seroso en los tejidos de una zona específica del cuerpo.

FONDO UTERINO: Relación que existe entre el diámetro mayor de la presentación y el estrecho superior de la pelvis.

INFECCION: Invasión de un microorganismo patógeno que se reproducen y se multiplican causando un estado morbozo por lesión local secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

POSICION: Relación que existe entre el punto toconómico del producto y la mitad izquierda o derecha de la madre.

PRENATAL: Que es anterior al nacimiento que aparece o existe antes del nacimiento, se aplica a la atención a la embarazada como al crecimiento y desarrollo del feto.

PRESENTACION: Parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna.

PUNTO TOCONOMICO: Punto de referencia del feto, que varía de acuerdo con las diversas presentaciones.

SITUACION: Relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

ANEXOS

:

ANEXOS

VALORACION DE LAS NECESIDADES

1. OXIGENACION:

¿Tiene algún problema para respirar? **NO** ¿Se ha expuesto al humo de leña? **NO** ¿Ha fumado en algún momento de su vida? **NO** ¿Cuántos cigarros al día? ¿Convive con fumadores? **NO** ¿Ha convivido con aves? **NO** ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? **SI** ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir las escaleras? **SI** ¿Su casa esta ventilada? **SI** ¿Hay fabricas de cemento, asbesto, cemento u otra que contamine la cercanía de su casa? **NO** ¿Tiene familiares con problemas para respirar? **NO** ¿Le han diagnosticado hipertensión? **NO** ¿Tiene problemas cardiacos? **NO** ¿Tiene familiares con algún problema de corazón? **NO** ¿Toma algún medicamento? **NO**

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares. Movimientos torácicos) **Sin compromiso**

Dificultad respiratoria: **NO** Fatiga: **SI** Tos: **NO** Expectoración: **NO** Coloración de la piel: **Presenta ligera palidez de tegumentos** Llenado capilar: **2 segundos**

Observaciones:

Se nota a la paciente un poco cansada, fatigada, presenta ligera palidez de tegumentos y mucosas orales semihidratadas

2. ALIMENTACION E HIDRATACION:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: **1 taza de café, 1 pieza de pan, 1 vaso de jugo, 1 huevo con frijoles y también desayuna quesadillas, tamales y atole.**

¿Cuales son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: **Come carne, arroz, leguminosas, alimentos ricos en grasa, hamburguesas y come muy poca verdura.**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: **1 taza de café, 1 pieza de pan, quesadillas, molletes, tamales, atole**

¿Come entre comidas? **SI** ¿Qué alimentos consume? **Papas a la francesa, palomitas, donas** ¿En donde acostumbra a comer? **En casa o en la calle** ¿Con quién acostumbra a comer? **Con su esposo, con su mama**

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? **NO** ¿Cuáles son los alimentos que le agradan? **Todo le agrada** ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? **Todo le gusta** ¿Cuáles

son los alimentos que le causan intolerancia? **NINGUNO** ¿Tiene problemas para masticar? **NO**
¿Tiene dentadura completa? **SI** ¿Usa prótesis? **NO** ¿Tiene problemas con su peso? **NO** ¿Considera
que tiene una adecuada digestión de los alimentos? **NO** ¿Por qué? **PRESENTA ESTREÑIMIENTO**
¿Cuántos vasos de agua toma al día? **2** ¿Acostumbra a tomar refrescos? **SI** Cantidad: **MAS DE 1**
LITRO AL DIA ¿Acostumbra a tomar café? **SI** ¿Acostumbra a tomar alcohol? **NO** ¿Toma
suplementos alimenticios? **NO**

EXPLORE:

Cavidad oral:

Mucosas orales semihidratadas, no tiene caries, dentadura completa.

Región Abdominal:

Su abdomen se encuentra globoso a expensas de útero gestante

3. ELIMINACION:

¿Cuántas veces evacua al día? **1** ¿Presenta alguno de estos síntomas o signos?: Esfuerzo para
defecar: **SI** Dolor anal al evacuar: **NO** Dolor abdominal al evacuar: **SI** Características del dolor:
SOPORTABLE Flatulencias: **SI** Tenesmo: **NO** Meteorismo: **NO** Incontinencia: **SI** Prurito: **NO**
Hemorroides: **NO** ¿Cuándo presenta problemas para evacuar, que recursos utiliza? **Toma linaza**
con nopal ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? **CAMINAR** ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación?
ESTAR SENTADA ¿Qué características tiene la evacuación? **BLANDA Y CILINDRICA** ¿Cuántas veces
orina al día? **MUCHAS VECES EN PEQUEÑAS CANTIDADES** ¿De qué color es su orina? **AMARILLA**
¿Qué olor tiene su orina? **NORMAL** ¿Presenta alguno de estos síntomas?: Disuria: **SI** Poliuria: **SI**
Nicturia: **SI** Urgencia para orinar: **SI** ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar?
Trata de tomar más agua ¿Usted suda? **SI** ¿Cómo es su sudoración? **NORMAL** ¿Bajo qué
condiciones suda? **CUANDO HACE LAS LABORES DEL HOGAR**

Fecha de última menstruación: **31 de Octubre del 2011** Cada cuando menstrua: **CADA 28 DIAS**
¿Cuántos días dura su menstruación? **4** ¿Presenta alguno de estos síntomas? Dismenorrea: **NO**
Perdidas intermenstruales: **NO** Flujo vaginal: **NO**

EXPLORE:

Región abdominal, fosas renales y genitales: **ABDOMEN GLOBOSO A EXPENSAS DE UTERO**
GESTANTE Y RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

OBSERVACIONES: CUANDO ESTA ESTRESADA PRESENTA MAS ESTREÑIMIENTO Y LE PREOCUPA
QUE LA INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS AFECTE A SUS RIÑONES

4. MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulacion? **NO** ¿Tiene dificultad para moverse? **NO**
¿Utiliza apoyos para desplazarse? **NO** ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación?
SENTADA ¿Cuántas horas al día pasa usted en esta postura? **5 HORAS** ¿Presenta alguno de estos
signos y síntomas? Dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores?
NO ¿Le falta esfuerzo o debilidad muscular? **NO** ¿Edema, ardor, comezón o pérdida del equilibrio
o desorientación? **NO** ¿Realiza alguna actividad física? **NO**

EXPLORE:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos: **NO PRESENTA NINGUN PROBLEMA**

5. DESCANSO Y SUEÑO:

¿Usted descansa durante el día? **SI** ¿Cómo? **DURMIENDO** Después de descansar, como se siente?
RELAJADA ¿Cuántas horas duerme habitualmente? **8 HORAS** ¿Presenta alguna de estas
alteraciones del sueño? Dificultad para conciliar el sueño: **NO** Se despierta fácilmente: **SI** Sueño
agitado: **NO** Pesadillas: **NO** Nerviosismo: **SI** ¿Se levanta durante la noche? **SI** ¿Por qué? **POR LA
PREOCUPACION DEL EMBARAZO Y DEL PARTO.** ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? **SI**
¿Acostumbra tomar siesta? **SI** ¿Qué hace para conciliar el sueño? **VER LA TV**

EXPLORE:

Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia: **LIGERAS
OJERAS, PRESTA ATENCION, SE CONCENTRA FACILMENTE Y TIENE UNA BUENA ACTITUD, SE
CANSA POR EL EMBARAZO Y BOSTEZA OCASIONALMENTE**

6. VESTIDO:

¿Qué ropa utiliza cuando? Hace frío: **USA BUFANDAS, SUETERES, GUANTES** Hace calor: **VESTIDOS,
FALDAS** Cuando llueve: **IMPERMEABLES** ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? **SI** ¿Expresa
sentimientos a través de su ropa? **SI** ¿La ropa que usa usted la elige? **SI** ¿Es capaz de desvestirse y
vestirse solo? **SI**

EXPLORE:

Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, usos distintivos, limpieza y aliño: **VISTE DE
ACUERDO A SU GENERO Y EDAD Y SU ROPA ESTA LIMPIA**

7. TERMORREGULACION:

¿Sabe cómo medir la temperatura? **SI** ¿Presenta alteraciones de la temperatura? **SI** Especifique: **Presenta 38° C** ¿Qué medidas toma para controlar la temperatura cuando tiene alteraciones? **COLOCAR PAÑOS CON AGUA FRIA EN LA FRENTE Y PONER EN AGUA FRIA LOS PIES**

EXPLORE:

Signos de hipotermia e Hipertermia: **LA PACIENTE PRESENTA HIPERTERMIA DE 38° C POR LA INFECCION DE VIAS URINARIAS**

8. HIGIENE:

¿Con que frecuencia se baña? **1 VEZ AL DIA** ¿Cada cuando se lava el cabello? **1 VEZ AL DIA** ¿Después del baño el cambio de ropa es? **TOTAL** ¿Cada cuando se lava las manos **DESPUES DE IR AL BAÑO, ANTES DE PREPARAR LA COMIDA, CUANDO LLEGA A SU CASA DE LA CALLE** ¿Cada cuando se realiza el cuidado de las uñas de los pies y de las manos? **1 VEZ A LA SEMANA** ¿Cada cuando se cepilla los dientes? **2 VECES AL DIA** ¿Para el aseo de sus dientes usa hilo dental? **SI** ¿Utiliza prótesis dental? **NO** ¿Cuándo realizo la última visita al dentista? **HACE 6 MESES** ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? **NO**

EXPLORE:

Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones: **PRESENTA LIGERA PALIDEZ DE TEGUMENTOS, BUENA HIGIENE, MUCOSAS ORALES SEMIHIDRATADAS**

9. EVITAR PELIGROS:

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completas: **SI** Toxoide Diftérico: **SI** Toxoide Tetánico: **SI** Hepatitis: **SI** Neumococcica: **SI** Influenza: **SI** Rubeola-Sarampión: **SI** Revisiones periódicas en el último año: **PAPANICOLAU** Autoexploración mamaria: **SI** ¿Cada cuando se la realiza? **2 VECES AL AÑO** Resultado: **NORMAL** Mamografía: **SI** Resultado: **NORMAL** Papanicolau: **SI** Resultado: **NORMAL** Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón): **SI** Seguimiento del plan terapéutico prescrito: **SI** Automedicación: **NO** Consumo de drogas de uso no medico: **NO** Uso de medidas de seguridad. Cinturón de seguridad: **SI** Uso de pasamanos: **NO** Uso de asideras: **NO** Uso de lentes de protección: **NO** Aparatos protectores de la audición: **NO** Bastón: **NO** Percepción de su imagen corporal: ¿Como se ve y se siente físicamente? **SE SIENTE BIEN** ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? **SI** ¿Es capaz de mantener su seguridad física? **SI** ¿Cuenta con las medidas de seguridad en la casa: **SI** Las utiliza: **SI** ¿Percibe algún tipo de sufrimiento? **NO**

10. COMUNICACIÓN:

Idioma materno: **ESPAÑOL** ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse? **NO** ¿Afectación verbal? **NO** Tipo de carácter: **FUERTE** Auto percepción: **OPTIMISTA, REALISTA** ¿Tiene dificultad para entender? **NO** Aprender: **NO** Concentrarse: **NO** Lectoescritura: **NO** ¿Cómo es la comunicación con su familia? **BUENA**

EXPLORE:

Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estados de conciencia: **NO PRESENTA NINGUNA ALTERACION.**

11. CREENCIAS Y VALORES:

¿Qué es importante para usted en la vida? **SU FAMILIA** ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? **SU SALUD Y ESTAR BIEN CON SU ESPOSO** ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas? Ejemplos en caso de desastre: **QUE ES MUY HUMANITARIO** ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? **SI** ¿Sus creencias sobre la vida o su religión le ayudan a enfrentar problemas? **SI**

EXPLORE DATOS SUBJETIVOS:

Observar coherencia entre lo que la persona dice a lo que realmente hace, ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Practica de oración y de rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de un sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual

Describe: **LEE CON FRECUENCIA LA BIBLIA, USA UNA CRUZ COMO COLLAR, ASISTE A LA IGLESIA CATOLICA TODOS LOS DOMINGOS, CREE EN DIOS, ES CATOLICA Y REZA TODAS LAS NOCHES**

12. TRABAJO Y REALIZACION:

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? **LE AYUDA A SU ESPOSO EN EL TALLER MECANICO** ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? **NO** ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? **NO** ¿Necesita de algún cuidado en especial? **NO** ¿Puede trabajar? **SI** ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? **NO** ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente (familia, amistades, compañeros o grupos de su comunidad)? **NO** ¿Requiere asistencia hospitalaria,

institucional o lo equivalente? **NO** ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? **CASI SIEMPRE** ¿Cuáles son sus metas en la vida? **MANTENER A SU FAMILIA UNIDA Y FELIZ**

EXPLORE ACTITUD:

LA PACIENTE SE ENCUENTRA CALMADA Y TRANQUILA

13. RECREACION:

¿Con que frecuencia se encuentra con ánimos de divertirse, reírse? **CASI SIEMPRE** ¿A qué atribuye usted este estado de ánimo? **A QUE SE LLEVA BIEN CON SU ESPOSO Y SON MUY POCAS LAS VECES QUE SE PELEAN** ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? **VA AL CINE, VE LA TV, ESCUCHA MUSICA, BAILA VA A FIESTAS Y A REUNIONES** ¿Con que frecuencia tiene usted cambios bruscos de estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al llanto o al enojo? **NUNCA** ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? **NO** ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? **NO**

OBSERVACION: NINGUNA ALTERACION

14. APRENDIZAJE:

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? **SI** ¿Por qué? **ESTUDIO HASTA LA SECUNDARIA** ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? **NO ME CUESTA NINGUN TRABAJO** ¿De qué fuente adquiere conocimientos? **LECTURA, RADIO, TELEVISION** ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? **SI** ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? **SI**

EXPLORE:

Expresión del deseo de aprender, manifestación de interés para aprender, estado de receptividad: **DICE QUE QUIERE SEGUIR ESTUDIANDO Y QUE QUIERE ESTUDIAR EL BACHILLERATO Y QUE QUIERE ESTUDIAR PARA SER CHEF.**