



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA CON
AMENAZA DE ABORTO Y ALTERACIÓN
EN LAS NECESIDADES DE:
ELIMINACIÓN, MOVERSE, DORMIR,
DESCANSAR, RECREARSE Y APRENDER.
BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
SOCORRO RAMÍREZ VARGAS
NO. DE CUENTA 3051040924**

**TUTOR
LEO BERTHA CAMACHO VILICANA**

ACAPULCO, GRO., ABRIL DEL 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios Jehová de los ejércitos y rey de reyes. A Jesús por entregar su sangre preciosa para el perdón de mis pecados y sanar mi alma.

A mis padres por darme la vida, mi esposo e hijos, mis nietos, mi familia, amigos y todos aquellos que están conmigo en las buenas y en las malas.

César Zapata Arana mi esposo

Porque él es parte de este diploma, por su apoyo y entrega, por acompañarme en las noches para hacer mis tareas.

A mis hijos

Julio César y Luva Roxana Zapata Ramírez porque este diploma es parte del ejemplo que quiero que sigan; si yo puedo, ustedes tienen el deber de poder el doble.

A mis nietos

Mia Zoe 1ª. y el güero Osmar por darme una gran felicidad y fuerzas nuevas para seguir en esta lucha del día a día. Con todo mi amor.

Mis hermanos

Que siempre están conmigo: Lolis, Teo, Juan, Concha, Erika que es mi clón y siempre me impulsa a seguir adelante; el Güero, Panchito y Sabi que en paz descanse.

Mis sobrinos, todos. Los amo y no los menciono porque no quiero omitir a nadie.

A mis amigos

Que con sus alientos me han estimulado a salir adelante y con su amistad me doy cuenta que mientras más nuevos amigos tenga, más viejos amigos tengo.

Gracias Dios mío por existir y a todos por su apoyo.



Como Jesús en nuestro corazón debemos servir a los demás con alegría.

Si no se vive para los demás, la vida carece de sentido.

Amor a lo que uno hace, no es lo importante lo que uno hace sino como lo hace. Cuánto amor, sinceridad y fe ponemos en lo que realizamos.

María Teresa de Calcuta

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

MARCO TEÓRICO

- Concepto de enfermería
- Evolución histórica del cuidado
- El cuidado como objeto de estudio de la Enfermería
- Teorías y Modelos de Enfermería
- Propuesta Teórica de Virginia Henderson

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Antecedentes
- Etapas
- Valoración
- Diagnóstico de enfermería
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

EL TEMA: HERNIA UMBILICAL

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Valoración
- Diagnósticos de Enfermería identificados
- Planes de cuidado

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

I.- INTRODUCCIÓN

La enfermera actualmente se enfrenta a retos fundamentales para el cuidado enfermero y requiere de conocimientos científicos y humanísticos para ofrecer tanto las personas sanas como enfermas cuidados profesionales de enfermería utilizando como medio para ello al Proceso de Atención de Enfermería (PAE), ya que a través de él interactúa con los pacientes y construye un proceso de cuidados que considera como eje las necesidades fundamentales de los sujetos identificando los problemas reales y potenciales que le permite establecer planes de cuidado individualizados .

El Proceso de Atención de Enfermería es el método que consiste en pensar para cuidar. En este sentido, toda enfermera profesional debe de desarrollar una serie de habilidades (cognitivas, de comunicación, de valoración, entre otras) para su aplicación práctica, por tal motivo y para dar evidencia de estas habilidades que decidió tomar como opción para la titulación al PAE.

El PAE está constituido por dos ejes: el primero corresponde a la propia metodología del Proceso de Atención de Enfermería y el segundo hace referencia al marco teórico de enfermería que en este caso en particular fue a partir de la Teoría de las 14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson.

Bajo estas dos vertientes el estudio de caso se realizó en Hospital del ISSSTE de Acapulco, Gro. y se dirigió a una persona que se encontraba hospitalizada en el área de Tococirugía y que presentaba amenaza de aborto.

El trabajo se encuentra integrado por cinco capítulos; el primero corresponde a la justificación, el segundo se refiere a los objetivos, el tercero describe la metodología de trabajo, el cuatro presenta el marco de referencia, el quinto describe la implementación del estudio de caso y al final se presentan las conclusiones y bibliografía.

II.- JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es el método específico a partir del cual las enfermeras profesionales proporcionan cuidados individualizados con fundamento científico y con un sentido holístico y humanístico a las personas sanas y enfermas que así lo requieran. Su aplicación práctica requiere de la enfermera del desarrollo y especialización de diversas habilidades, tales como: cognitivas, de comunicación y de interacción entre otras.

Para dar muestra de ello, se decidió presentar como trabajo para opción a la titulación un Estudio de Caso el cual tiene como ejes: la propia metodología del Proceso de Atención de Enfermería y un modelo conceptual de enfermería centrado en las 14 Necesidades Fundamentales propuesta por Virginia Henderson.

Con el proceso de atención de enfermería se logra fundamentar y establecer cuidados planeados e identificar diagnósticos enfermeros reales y potenciales planea las acciones y ejecuciones y así como también valora las intervenciones efectuadas por la propia enfermera; de tal manera que al termino de este trabajo, se pretende demostrar que es del dominio de la sustentante la metodología del Proceso de Atención de Enfermería.

III.- OBJETIVOS

3.1. GENERAL

A partir de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería ayudar a la persona a resolver los problemas que afectan la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

3.2. ESPECÍFICOS

- A través del análisis de los datos obtenidos en la valoración inferir los diagnósticos de enfermería.
- Tomar las decisiones que coadyuven a resolver los problemas que desde enfermería puedan ser resueltos y a partir de ello elaborar un plan de cuidados.
- Llevar a cabo la ejecución de las intervenciones planificados y evaluar los datos que resulten de la intervención para retroalimentar el Plan de Cuidados.

IV.- METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo, se le informo sobre la necesidades de hacer un estudio de caso como opción a la titulación, haciendo de su conocimiento los beneficios que él obtendría y del manejo confidencial de la información que derivarán tanto de la interacción con él como de su estudio de caso, dando su consentimiento para su elaboración.

La Sra. Galeana R. encontraba en el Hospital del ISSSTE de Acapulco, Gro., el área de Tococirugía con el diagnóstico médico de amenaza de aborto y a partir de la valoración de enfermería se le hizo seguimiento durante tres días.

Para su valoración se utilizó un instrumento que tuvo como base las necesidades fundamentales para el paciente y que son asistidas por la propia enfermera propuestas por Virginia Henderson: como la necesidad de respirar normalmente, comer y beber de forma adecuada, eliminar los residuos corporales, de moverse y mantener la posición adecuada así como también dormir y descansar, elegir la prenda de vestir y desvestirse, mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos, evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros, comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones, realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno, trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado, jugar o participar en alguna actividad recreativa, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal utilizando los recursos sanitarios disponible.

Consecutivamente, se organizó la información por necesidades y por esferas: biológica, emocional, cognitiva, espiritual y social, para así identificar los diagnósticos de enfermería. Primero se identificó a la C. Paola Galeana Ramírez, contaba con independencia parcial en la satisfacción de sus necesidades y posteriormente en qué esfera (as) se ubicaba la dependencia y a su vez se identificó si esta era por: a) Falta de fuerza.

La Sra. Galeana R. presentaba dependencia en la necesidad de la aplicación de esfuerzo físico considerable, como el aseo de la casa o levantar cosas pesadas; afectado esto por la falta de fuerza.

Posteriormente se identificaron los diagnósticos de enfermería, así utilizo la Etiqueta NANDA y (NIC) como las intervenciones, para ello se y posteriormente se tomaron las decisiones pertinente para planificar los cuidado de enfermería ya sea de tipo independiente o dependiente.

Después de la intervención de enfermería se evaluaron los resultados y se compararon con los criterios de evaluación preestablecidos en el Plan de cuidados, esto permitió conocer si se cumplió o no con el o los objetivos propuestos.

V.- MARCO TEÓRICO

5.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO

Los orígenes de los cuidados de enfermería se remontan al principio de la vida cuando nace la enfermedad y como consecuencia la historia de la medicina y de los cuidados. En la prehistoria, con el origen del hombre antes de la aparición del primer testimonio escrito con la idea de aplicar un punto de vista histórico a los orígenes de “la actividad de cuidar”, en un pasado anterior al documento escrito, y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio, para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie, las prácticas de los cuidados aparecen en las actividades de alimentación y de conservación de la especie, relacionadas con los aspectos de supervivencia en los que se desarrollaba la vida de los primeros hombres y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas, la medicina ha estado ligada a la magia, a las deidades y a la religión. La enfermedad se asociaba a los males y demonios. El hombre primitivo creía que todos los objetos naturales estaban vivos y poseían un espíritu o alma; lo espiritual representaba lo contrario a la existencia material.

Aparece en estas tribus la figura del curandero, mago o médico para aplicar los conjuros, tratamientos, etc. Cuando estas prácticas ya no son suficientes, aparece otra figura que se dedica a la recolección y preparación de los ungüentos, al cuidado de los enfermos y va a ser una figura femenina, una mujer que colabora con el brujo. Hay un reparto de las actividades en el seno de las comunidades prehistóricas, la actividad de cuidar estará ligada a las características biológicas femeninas relacionadas con la fecundidad. Sin duda la madre – enfermera procedió al mago – sacerdote. Incluso es posible que estos dos tipos de servicios estuvieran unidos inicialmente. Pero con el tiempo se dividirían para dar lugar al suministrador de medicinas y al cuidador. (2)

En la edad antigua, el periodo prehistórico va a terminar durante la Cultura predinástica en Egipto con la aparición de la escritura (creada por los sumerios alrededor del 3500 a.C.), y

abarca desde el 3500 a.C. hasta el 476 d.C. (fecha en la que se produce la caída del Imperio Romano en occidente). En esta época, la relación con la salud, va a continuar en la idea de que las enfermedades están producidas por espíritus malignos, y serán los líderes religiosos los encargados de la curación de las enfermedades. Los médicos serán los sacerdotes y aparecen los primeros médicos no seculares que se van a dedicar a la cirugía y la traumatología.

Del cuidado de los enfermos en estas civilizaciones se conoce muy poco, casi no existen documentos de los mismos. Solo tenemos varias fuentes de aquellas civilizaciones, que nos indican que la cirugía va a ser mucho más desarrollada donde va a ser necesario crear hospitales. En las demás civilizaciones las actividades cuidadoras serán desempeñadas por la mujer, generalmente esclavas y sirvientas. Otra genialidad de estas civilizaciones dentro de la salud es la atención de la mujer en el parto, tarea que va a ser llevada a cabo por una mujer denominada comadrona.

El periodo histórico de la Edad Media abarca desde el año 476 d.C., hasta mediados del siglo XV d.C., cuando cae el Imperio Romano oriental. Aparece la imprenta, hecho importante para la transmisión de la cultura y la difusión del conocimiento. Se constatan algunos hechos de la prestación de cuidados. El cuidado de los enfermos era importante para el médico de la época, dado que cuanto mejor cuidado se prestaba, mejor era la evolución de la enfermedad y mayor éxito del médico. En esta época el cuidado de los enfermos era casi exclusivo de las órdenes religiosas.

En este periodo, las actividades reconocidas como de enfermería está restringida a hacer votos relacionadas con los valores espirituales del cristianismo, interés por el espíritu y la atención a los pobres. Aparecen los hospitales, con enfermeros/as donde había mucha vocación pero poca formación porque la enfermería se relacionaba con las buenas obras, con las artes pero no con el saber. (2)

En la edad moderna, considerado con el hecho histórico del descubrimiento de América caracterizada por una etapa de:

- Grandes revoluciones.
- Confluyen dos movimientos importantes: El Renacimiento con poca influencia en la enfermería y la salud y la Reforma protestante la cual va a tener más influencia en la enfermería y en la salud de la persona.
- Inicio del método científico y de la experimentación clínica: Se descubren nuevas enfermedades, se explica el ¿Por qué? del funcionamiento del cuerpo humano.
- Secularización: Comienza a debilitarse el poder de la iglesia en cuanto a la prestación exclusiva de los cuidados.
- En el siglo XVI: Reglamentación de los estudios de medicina con estudios en la universidad y de la cirugía.

San Vicente de Paul (1570-1660); precursor de la enfermería moderna, es uno de los primeros en poner información, con un programa teórico impartido por médicos. A partir del siglo XVII las Hermanas de San Vicente de Paúl se dedicaban en cuerpo y alma al cuidado de los enfermos, no existía una preparación específica de estas personas, las escasas mujeres no religiosas que se dedicaban a esto estaban mal consideradas, carecían de formación, pertenecían a las clases más bajas, los sueldos eran mínimos y el horario era desde las 6 de la mañana hasta las 6 de la tarde.

La organización en muchos casos se llevaba a cabo a través de las Juntas de Beneficencia y por la Junta de Caridad. Se inicia una acción contra las pestes y enfermedades endémicas, aumenta la preocupación por la higiene.

A partir de la edad contemporánea, la cual inicia en el siglo XVIII y comprende hasta nuestros días, y que también es considerada que se genera el origen social de los problemas sanitarios donde el médico solo no puede curar sino que necesita ayuda para la administración de los hospitales.

Las revoluciones y el movimiento de la ilustración influyen directamente sobre la salud de la población y es cuando las personas empiezan a preocuparse más por sus condiciones de

vida, higiene personal, se comienza a hablar del derecho a la salud y que la asistencia sanitaria debería ser pública y gratuita para los trabajadores y sus familias. Será en el año 1883 cuando la primera vez en Alemania el canciller Bismark saca una ley de Seguridad Social. A raíz de la aparición de la Seguridad Social va a cambiar el concepto de hospital, que de ja de ser un lugar para enfermos pobres desahuciados y pasa a ser para beneficiarios de la misma.

La titulación universitaria de los cirujanos, los convierten también en este momento en profesionales, que se formarán en los Colegios Reales de Cirugía, así denominados en España. (2)

5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA

El arte de cuidar significa compartir entre personas cuidadas y que se cuidan entre sí y que de acuerdo a su condición, algunos requieren cuidados especiales. De esta manera se entiende que el cuidado no nació de la enfermedad y que siempre han estado presentes y están orientados hacia la vida.

Si bien los cuidados están vinculados en la necesidad de garantizar la continuidad de la vida y que están más allá de la muerte y de la enfermedad., por eso el cuidado son las acciones que realiza la enfermera con el propósito de que la persona desarrolle sus potencialidades para mantener, conservar o permitir que la vida continúe.

Florencia Nightingale sienta la base de los cuidados de enfermería como una disciplina, por eso los modelos conceptuales en el cuidado de enfermería se derivan de un paradigma y se inspiran en una teoría. A partir de la generación del conocimiento propio de la disciplina, el concepto de cuidado consiste en suplir a la persona en situaciones de salud o enfermedad en la ejecución de las actividades relacionada con la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Las disciplinas se definen a sí mismas y se diferencian entre sí por un marco de referencia que usan para definir su conocimiento con base en sus observaciones y que dirige la forma y los objetivos de su práctica, esto es la teoría y el modelo de enfermería.

Todos los modelos teóricos ayudan a la enfermería a brindar cuidados científicos y se enfocan al arte de cuidar con conocimientos que se llevan a la práctica profesional. La enfermería se fundamenta con un modelo teórico donde jerarquiza prioridades del individuo, según sus necesidades de salud, da resolución al problema presenta y toma decisiones propias para proporcionar cuidados de enfermería.

Gracias a la generación del conocimiento propio de la Enfermería, actualmente se le concibe como la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma. El método que posibilita un buen cuidado a la salud de la persona es el Proceso Atención de

Enfermería (PAE) también considerado Proceso Enfermero es entendido como un sistema de intervenciones propio de la enfermera.

El proceso enfermero o PAE, permite a través de sus etapas, valorar el estado de salud de una persona, formula diagnósticos que puede tratar, planifica la o las intervenciones, ejecuta y modifica y a la vez evalúa sus acciones emprendidas.

Para lograr una interacción entre las necesidades y el PAE, requiere de una fundamentación teórica, y es ahí donde entran los modelos y/ teorías, lo que permite a la enfermera tener una visión global de la persona y evalúa sus intervenciones con el objeto de mantener el máximo grado de independencia teniendo en cuenta su necesidad. Ella fundamenta que la salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo aquellas actividades que le permitan satisfacer sus propias necesidades.

Las enfermeras constituyen una fuerza humana profesional de primer orden y sus competencias están diversificadas y se encuentran en todas las actividades relacionadas a la salud y el cuidado.

La enfermera formula un diagnóstico de enfermería que resume la respuesta de la persona o su experiencia de salud y la causa de esta respuesta.

La teoría es "un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos"¹.

Las funciones de la teoría son entre otras, la de sintetizar el conocimiento, la explicación de los fenómenos de interés para la disciplina que utiliza la teoría misma y la previsión de medios para predecir y controlar los fenómenos.

Las teorías están formadas por conceptos, que son los elementos básicos de una teoría, son abstracciones de la realidad que se pueden observar directa o indirectamente. Cada concepto teórico tiene un sólo significado que queda claramente definido en la teoría. Todo

¹ Marriner. *Ann. Teorías y Modelos de Enfermería*. Ed. Harcourt Branc.
ENE-UNAM

conocimiento científico está formado por conceptos y éstos son privativos de una rama de la ciencia.

La teoría relaciona los conceptos de tal forma que explica los fenómenos que interesan a ésta disciplina, proporcionando comprensión. Genera predicciones a partir de las hipótesis se afirman relaciones entre los conceptos o proposiciones.

En el caso de la enfermería, una gran función que cumple la teoría es la de brindar autonomía profesional porque orienta las funciones que la disciplina debe desarrollar.

Con frecuencia pueden considerarse indistintamente, sin embargo es importante diferenciar lo que es una teoría y lo que es un modelo. Un modelo es: "una representación esquemática de algún aspecto de la realidad"², los modelos son útiles para el desarrollo de teorías porque ayudan a la selección de conceptos relevantes y necesarios para representar un fenómeno de interés, y a la determinación de las relaciones existentes entre los conceptos.

Cada autor agrupa los modelos de acuerdo a su propio criterio. Suele basarse en el rol que la enfermería desempeña a la hora de prestar cuidados. Así, podemos dividirlos en modelos naturalistas, de suplencia o ayuda y de interrelación.

Dentro de los modelos naturalistas, su principal representante es Florence Nightingale, quien en 1859, ya había comprendido la necesidad de tener un esquema de referencia, un cuadro conceptual. Desde este primer intento de conceptualización, hasta que de nuevo formalmente se hace esta pregunta, transcurre casi un siglo.

Como parte de los modelos de suplencia, el rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el auto cuidado por parte de la persona y las dos representantes más importantes de esta tendencia son Virginia Henderson y Dorotea Orem.

² Marriner, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería.

Como parte de los modelos de interrelación, el rol de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente y sus representantes más importantes son los de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine.

5.3 PROPUESTA TEÓRICA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, nació en 1897 enfermera Americana, siendo la quinta de ocho hermanas. Durante la primera guerra mundial desarrollo su interés por la enfermería en 1918 ingreso en la Army School of Nursing de Washington D.C. Virginia Henderson se graduó en 1921 e inicio sus actividades de enfermería como profesora de enfermería Norfolk hospital de Virginia en 1922. Cinco años más tarde ingreso en el Teacher College de la Universidad de Columbia donde obtuvo los títulos B,S, y M.A. En 1929 Virginia Henderson trabajo como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester Nueva York.

En 1930 regresa a la Teachers College como miembro de la facultad impartiendo cursos sobre el proceso analítico de enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948. Virginia Henderson tiene en su larga carrera como autora e investigadora. Desde la década de los 50 desarrollo una gran investigación sobre enfermería.

Henderson elaboro como autora o participo como coautora en varios trabajos importantes como base principales de la enfermería que fue publicado por el I internacional Council of Nurses en 1960 siendo traducido a más de 20 idiomas. Durante la década de los 80 Virginia Henderson permanece en activo como Reseach Associate Emeritus en Yale, su influencia y logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como Doctor Honoris Causa.

También recibió una mención honorifica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda la vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería. Conocida por el trabajo enfocado en el cuidado enfermero con bases científicas, interesada en la investigación sobre los cuidados enfermeros y de su modelo conceptual sobre las 14 necesidades básicas de ayuda al individuo sano o enfermo a recuperar la salud o a ayudar a tener muerte tranquila.

Henderson identificó las intervenciones de enfermería básica como independientes y que el proceso enfermero utiliza los mismos pasos que el método científico.

Henderson considero su trabajo una definición más que una teoría ya que la teoría no estaba de moda en esa época .Describe su interpretación como la síntesis de muchas influencias una positiva y otras negativas.

La disciplina enfermera indica aquello sobre lo que se orienta su práctica profesional hacia donde dirige su juicio crítico y sus decisiones, mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas que requieren de una agudeza intelectual que puede ser concebida como un campo de experiencia y la aplicación de conocimientos que lleva a una intervención documentada y reflexionada ante el cuidado enfermero.

La enfermería planifica y da un cuidado individualizado guiado por una concepción disciplinar utilizando instrumentos de trabajo bien planeados y a la vez evalúa su ejercicio profesional en forma holística.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas.

Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional.

Henderson, teórica de la escuela de las necesidades basa su práctica profesional en el modelo conceptual de las necesidades fundamentales de la persona. Su intervención va mas allá de conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales, de oxigenación, de nutrición e hidratación, de eliminación, de moverse y mantener una buena postura, de descanso y sueño, de usar prendas de vestir adecuadas, de termorregulación, de higiene y protección de la piel, de comunicarse, de evitar peligros, de vivir según sus creencias y valores, de trabajo y realizarse, de jugar actividades recreativas así como de aprendizaje.

Los elementos meta-paradigmáticos básicos del modelo de Henderson son enfermería, persona, salud y entorno.

1. **PERSONA:** Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud ella dijo que la persona sana o enferma tiene necesidades básicas para la supervivencia.
2. **SALUD:** Es la calidad de vida que permite al individuo tener un potencial más alto de satisfacción en la vida.
3. **ENFERMERIA:** Su función es de ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación o una muerte tranquila.
4. **ENTORNO:** Es un conjunto de todas las condiciones que afecta al individuo en las cuales influyen para su recuperación.

Asimismo, los conceptos que integran su propuesta de Virginia Henderson incluyen:

Valores. La persona quiere y desea la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Persona. La persona es un todo complejo tanto en situación de salud como de enfermedad con varias dimensiones biológicas, psicológicas y social. Estas del ser humano son indisociables, forman un todo y no se puede tocar una dimensión sin tocar las otras, las personas presentan catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial.

Para Virginia Henderson toda persona tiende hacia la independencia y hace todo lo posible para conservarla. Su concepción es humanista.

Independencia. Normalmente esta necesidad está satisfecha por la persona cuando tiene el conocimiento la fuerza y la voluntad para cubrirlas.

Dependencia. Es cuando la persona no tiene conocimiento la fuerza y la voluntad para satisfacer sus necesidades dando origen a los problemas de salud, es aquí que la enfermera tiene la necesidad de proporcionar ayuda al paciente que por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimiento.

Roll de enfermería. Se establece tres niveles en la relación enfermera paciente que son, la enfermera como sustituta del paciente, la enfermera como auxiliar del paciente, la enfermera como compañera del paciente, aparte la relación enfermera médico, relación enfermera equipo de salud.

- **La enfermera como sustituta de paciente.-** Este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a la falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento por contar con esas características.
- **La enfermera como auxiliar del paciente.-** Cuando el paciente se encuentra en estado grave o imposibilitado la enfermera es la parte fundamental para recuperarse hasta lograr su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente.-** La labor de la enfermera es supervisar y educar al paciente pero tiene que ser el quien realiza su propio cuidado.
- **Relación enfermera medico.-** Esta relación se superponen porque cada uno realiza sus actividades independientes
- **Relación enfermera equipo de salud.-** Se trabaja en forma independiente con otras profesiones de salud todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado del paciente.

Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson son:

1. **Respirar con normalidad:** Función vital mediante la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono, proceso fundamental para mantener la vida y sin el cual, el resto de necesidades no tendría sentido alguno.
2. **Comer y beber adecuadamente:** Tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, el organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La alimentación requerida dependerá del ritmo y estilo de vida de la persona.

3. **Eliminación de los desechos del organismo:** Nuestro cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho tóxico. Nuestro organismo tiene diversas maneras de eliminar productos de desecho: heces, orina, sudor, aire.
4. **Moverse y mantener una postura adecuada:** El movimiento nos hace libres de hacer aquello que necesitamos, queremos o debemos. Cuando una persona ve limitado su movimiento, sea en mayor o menor grado, se ve obligado a pedir ayuda para actividades de su vida cotidiana.
5. **Dormir y descansar:** Nuestro organismo necesita reponer fuerzas para emprender un nuevo día, el sueño reparador de la noche o los pequeños descansos en el día, hace que seamos capaces de proseguir con nuestros quehaceres.
6. **Vestirse y desvestirse:** Una tarea tan simple como elegir la ropa que quieres llevar ese día y ser capaz de ponérsela uno mismo es sinónimo de independencia.
7. **Mantener la temperatura corporal:** Encontrarse en un ambiente con la temperatura adecuada, ser capaz de regular tu organismo según haga frío o calor, no tener una temperatura corporal que signifique hipo o hipertermia.
8. **Mantener la higiene corporal:** Poder lavarse a diario sin ayuda, mantener la integridad cutánea.
9. **Evitar los peligros del entorno:** Ser capaz de identificar los riesgos de la vida diaria, saber cómo actuar para prevenirlos y obrar en consecuencia.
10. **Comunicarse:** Explicar emociones, necesidades, miedos y opiniones: tener vida social, un círculo de amistades, personas en las que apoyarse.
11. **Creencias y religión:** Poder expresar y actuar de acuerdo a las creencias o religión de cada uno.

12. Trabajar: Para sentirse realizado, útil y parte de la sociedad.

13. Recreación y ocio: Tiempo de distracción, disfrute y relajación.

14. Estudiar: Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un descubrimiento normal de la salud.

Las necesidades, de acuerdo a la prioridad para todo ser humano se clasifican en cinco bloques:

Las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada vestirse y desvestirse
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

Las 8 y 9 están relacionadas con la seguridad.

8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física
9. Evitar peligro y dañar a los demás

La 10 está relacionada con la autoestima.

10. Comunicarse con otros expresando sus emociones necesidades temores u opiniones.

La 11 está relacionada con la pertenencia.

11. Profesar su fe.

Desde la 12 a la 14 está relacionada con la auto-realización.

12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzca al desarrollo normal a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

VI.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1. ANTECEDENTES

El Proceso de Atención de Enfermería también conocido como PAE, es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona -o grupo de personas- responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Cuando todas las enfermeras utilizan el proceso de enfermería aumenta la calidad de los cuidados, fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, representa un plan terapéutico que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo.

El uso del PAE y de los planes de cuidados permite mejorar la continuidad de éstos. El enfermo puede participar en el desarrollo de su propio plan de cuidados y en la toma de decisiones relativas a su cuidado de salud. En la medida en que se modifican las necesidades del paciente o se van resolviendo los problemas favorece el cuidado integral al enfermo. (1)

6.2. Etapas

Valoración

Reunir información de la persona, sana o enferma, con el objetivo de identificar los problemas de salud reales o potenciales, apoyados en un modelo teórico o en una teoría como sustento que de validez al trabajo de la enfermería.

Diagnóstico de enfermería

Analizar los datos obtenidos en relación con los siguientes objetivos: identificar problemas y etiología, estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas, determinar qué problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuáles requieren asesoramiento de otros profesionales del cuidado de la salud.

Planeación

Elaborar un plan de acción tendiente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. El plan debe incluir: establecimiento de prioridades, fijación de objetivos, prescripción de actividades de enfermería y anotación del plan de cuidados.

Ejecución o Intervención

Llevar a la práctica el plan. Esto supone las siguientes actividades: seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y cómo responde el enfermo a sus acciones, llevar a cabo las acciones prefijadas durante la planificación, registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería.

Evaluación

La enfermera y el paciente deben determinar cómo ha funcionado el plan de cuidados y si es necesaria alguna modificación.

VII.- AMENAZA DE ABORTO

7.1. SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas.

Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quién formamos pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa pos-reproductiva.

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio. La promoción de la salud sexual, requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad. La educación de la sexualidad conforma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura.

Los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad, desinformada y sin recursos de protección, son elevados y se aplican a atender embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos, entre otros. Con la prestación de servicios de planificación familiar
ENEQ-UNAM

de calidad, accesibles y oportunos, se evitan gastos hospitalarios no previstos derivados de la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de sus complicaciones. Asimismo, se reducen los costos sociales para la manutención de los hijos inesperados, la deserción escolar, la marginación, el desempleo, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar y los niños sin hogar.

Durante la última década se incrementó la información, se amplió la oferta de anticonceptivos, se promovió la participación activa del varón y se impulsaron acciones para atender la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. La condición de la mujer ha ido mejorando paulatinamente y se reconoce cada vez más su participación en los campos laboral, de la salud, de la educación y en otros

de relevancia para el desarrollo del país, esto se ha visto reflejado en el acceso a posiciones de mayor responsabilidad y por consiguiente de poder. Las mujeres en la actualidad participan más en las modificaciones de leyes y normas que favorecen su condición social, los aspectos relacionados con la sexualidad y la regulación de la fertilidad. De tal manera que se han desarrollado los Derechos de las y los usuarios de servicios de salud reproductiva y cualquier persona que solicite un servicio de salud³ reproductiva tiene derecho a:

INFORMACIÓN: Ser enterado (a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.

ACCESO: Recibir atención y servicios de calidad con calidez.

ELECCIÓN: Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.

³ Programa de Acción Salud Reproductiva, S. Salud, Subs.de Prevención y Protección de la Salud

SEGURIDAD: Recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.

PRIVACIDAD: Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

CONFIDENCIALIDAD: Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

DIGNIDAD: Ser tratado(a) con respeto, consideración y atención.

CONTINUIDAD: Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.

OPINIÓN: Expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibidos.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas (FONAPO) como un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción.

Desglosando sus dos componentes podemos considerar que la Salud Reproductiva además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. Además establece como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

7.3. EMBARAZO.

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. Dura 40 semanas, que es igual a 9 meses.

Los síntomas más recurrentes son ausencia del período menstrual, hipersensibilidad en los pezones, aumento de tamaño de las mamas, somnolencia, vómitos matutinos, mareos, cambios a la hora de percibir los olores que se acostumbraba y la necesidad de ingerir determinado tipos de comidas o alimentos, lo que más comúnmente conocemos como antojos. Aumento en la necesidad de miccionar.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

Durante las primeras 8 semanas de embarazo, el producto de la concepción es un embrión; en este primer mes de embarazo, el corazón y los pulmones se empiezan a formar. El corazón empieza a latir a partir del 25° día. El tubo neural, que se convierte en el cerebro y la médula espinal. Al final del primer mes, el embrión mide aproximadamente 9 mm y pesa 0.5 gr. El ácido fólico es necesario para la producción de glóbulos rojos y la formación del tubo neural.

En el segundo mes de embarazo, la placenta en esta etapa ya funciona como órgano de intercambio con el producto, por un lado, aportándole cuantos nutrientes necesita, y por otro, eliminando los desechos producidos y manteniéndole así "limpio y sano"

En este segundo mes del embarazo se forman las orejas, los tobillos y las muñecas. También se forman y crecen los párpados pero aún permanecen cerrados y aún no son

abiertos por el feto. Se empiezan a formar los dedos de las manos y de los pies. Para el final del segundo mes, el feto ya se ve más humano, mide 4 cm y pesa 5 gr.

En el tercer mes de embarazo muchos de los sistemas y órganos importantes del bebe inician su funcionamiento, en esta etapa del embarazo comienzan a formarse los párpados, cejas, el hígado y el riñón y los genitales del bebé.

En el cuarto mes de embarazo continua su evolución dentro del vientre materno, entre los cambios físicos más importantes podemos destacar el desarrollo de las manos, dónde ya aparecen las uñas y las huellas dactilares de tu bebe. Aparece el pelo y las cejas.

El intestino también se va preparando para cuando nazca, se va rellenando de una sustancia producida por el hígado denominada "meconio". Empezará a oír por primera vez a su madre, los latidos del corazón, su aparato auditivo están formados y tiene orejas. Los ojos del bebe son grandes proporcionalmente al resto del cuerpo y están muy separados entre si. La boca también es grande y la barbilla pequeña y el peso a los 4 meses de embarazo suele ser de unos 150-200 gramos, mide unos 16 cm. de longitud.

A partir de las 14 semanas de embarazo, todos los órganos internos del bebe van ocupando poco a poco su emplazamiento definitivo y los labios que hasta el momento estaban pegados y unidos con las encías, se separan de éstas.

El quinto mes de embarazo el cerebro del producto funciona y la multiplicación de las neuronas es increíble. En el feto, las cejas y pestañas se van desarrollando, también crece el pelo y las uñas se van definiendo con mayor claridad en las manos del bebe. La piel se recubre de una capa protectora preparándose para el momento del parto, además, es en este quinto mes cuando suele producirse el instintivo movimiento del bebe de succionar el pulgar. Ya pesa entre 300-500 gr, y mide unos 25 cm, más o menos la mitad de lo que medirá en el momento de nacer.

En la semanas 25 o sexto mes de embarazo se mueve y mucho, aún no está encajado por lo que tiene una gran libertad de movimientos dentro del útero, su tamaño es de unos 31 cm. de altura y peso unos 900 gramos aproximadamente, hacen que se le sienta con más fuerza.

Ya ha desarrollado cuatro sentidos, el oído, el olfato, el tacto y el gusto; la vista aún no, todo está muy oscuro adentro. Sus órganos están muy maduros, exceptuando los pulmones, que maduran en el tramo final del embarazo (en posibles partos prematuros se ayuda a su maduración).

En esta etapa le crecen las uñas y empieza a acumular grasa y peso preparándose para el parto.

En el séptimo mes de embarazo, el producto aún se considera prematuro aunque sus probabilidades de sobrevivir son ya muy altas. En esta fase del embarazo ya distingue sabores dentro de la placenta, suele estar ya boca abajo, en muchos casos ya encajado en la pelvis materna. El peso del bebe se sitúa en torno a un kilo y medio y su altura cercana a los 40 cm.

Sus pulmones se desarrollan ahora a toda velocidad, preparándose para el cambio del medio líquido a aéreo, esta preparación la realizan con una sustancia llamada surfactante, que provoca la expansión de los pulmones, también tose cómo preparación. El peso total que ha incrementado la madre debe de ser aproximadamente de 7 kilos desde el inicio del embarazo.

En el octavo mes, los movimientos del producto son más intensos, incluso se puede distinguir si es movimiento del pie o del brazo. En esta etapa ha desarrollado su sentido del gusto y puede distinguir sabores con las papilas gustativas. En cuanto a la madre su peso debe ser en torno a 8 kilos en total.

En el noveno mes, la etapa final del embarazo, en cualquier momento se puede presentar ruptura de membranas y e iniciar el parto. El producto ya está listo para nacer y se prepara para ello. En esta etapa del embarazo, el producto, gracias a las fontanelas le permitirán desplazarse con más facilidad al mundo y posterior a su nacimiento se irán cerrándose a lo largo del primer año para proteger su cerebro.

Para el personal de enfermería es muy importante conocer como es el desarrollo de un embarazo, su conocimiento permite realizar la valoración de la gestante e identificar signos y síntomas que oriente al diagnóstico de un embarazo sano o bien a identificar en forma oportuna problemas que estén afectando las necesidades de la embarazada y pongan en riesgo el bienestar materno fetal.

De igual manera, su conocimiento, permite entender las molestias o incomodidades que con mayor frecuencia aquejan a la mujer durante la gestación y tomar decisiones con respecto a los cuidados que ayudarán a la mujer a mejorar su bienestar⁴.

Valoración del embarazo

Comienza con la primera visita en que la mujer busca atención en salud porque sospecha estar embarazada y prosigue a lo largo de todo el periodo prenatal. Se divide en tres trimestres: el primero se extiende desde la primera semana hasta la 13, el segundo desde la 14 hasta la 26 y el tercero desde la 27 hasta el término 38 a 40 semanas.

En el primer trimestre las técnicas de valoración incluyen la entrevista, el examen físico y las pruebas de laboratorio.

Una lista de revisión para el primer trimestre del embarazo puede ofrecer tranquilidad a la mujer así como a su familia. Lista de revisión para el primer trimestre:

4

<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/temas/fembarazo.pdf>

- Diagnóstico y fecha probable de parto
- Cronograma y eventos de las visitas
- Asesoría para el autocuidado
- Plan para el nacimiento
- Molestias/adaptaciones
- Cambios mamarios
- Frecuencia urinaria
- Náuseas y vómito
- Obstrucción nasal y epistaxis
- Gingivitis
- Leucorrea
- Fatiga
- Respuesta psicosocial y dinámica familiar
- Ejercicio y reposo
- Relajación
- Nutrición
- Sexualidad
- Variaciones culturales
- Signos de advertencia o complicaciones potenciales
- Recursos
- Educación
- Valoración odontológica
- Servicio médico
- Servicio social
- Sala de urgencias
- Exámenes diagnósticos
- Otros

Entrevista

La relación terapéutica entre la enfermera y la mujer se establece durante la entrevista inicial de valoración. La información recabada es de dos tipos: la apreciación subjetiva de la mujer sobre su estado de salud y las observaciones objetivas de la enfermera. La evaluación inicial incluye una historia amplia de salud que resalte el embarazo actual, los anteriores, la familia, la historia psicosocial y cultural, la valoración física, las pruebas diagnósticas y la valoración global del riesgo.

Embarazo actual

Una revisión de los síntomas que está experimentando la embarazada y de la forma en que los está enfrentando ayuda a establecer una base de datos para el desarrollo de un plan de atención en salud.

Historia obstétrica/ginecológica

Se obtiene la información sobre la edad de la menarquia, historia menstrual y de la planificación familiar, naturaleza de condiciones de infertilidad o ginecológicas, historia sexual, enfermedades de transmisión sexual, historia de todos los embarazos junto con sus resultados, fecha de última citología cérvico vaginal con su resultado. Se obtiene la FUR para calcular la FPP.

Historia clínica

Incluye aquellas situaciones médicas o quirúrgicas que afectan o pueden verse afectadas por el embarazo. Debe describirse la naturaleza de los procedimientos quirúrgicos previos. A menudo las mujeres que tienen alteraciones crónicas o incapacitantes olvidan mencionarlas durante la valoración inicial porque ya están adaptadas a ellas, la enfermera que observe estas características particulares debe formular preguntas sensibles sobre ellas a fin de obtener información que servirá de base para el plan de cuidados de enfermería.

Las observaciones son componentes vitales del proceso de entrevista porque hacen que la enfermera y la mujer se centren en las necesidades especiales de la paciente y de su familia.

Historia sobre el estado nutricional

Es un componente importante de la historia prenatal porque el estado nutricional tiene un efecto directo sobre el crecimiento y el desarrollo del feto. La dieta puede revelar prácticas alimenticias especiales, alergias a los alimentos, comportamientos de alimentación y otros factores relacionados con el estado nutricional. Las embarazadas por lo general están motivadas para aprender sobre la buena alimentación.

Uso de drogas.

Debe evaluarse el uso pasado y presente de drogas legales (de prescripción médica, medicamentos de venta libre, cafeína, alcohol, nicotina) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína) porque muchas sustancias atraviesan la placenta y pueden causar daño al feto en desarrollo.

Historia familiar

Proporciona información sobre la familia inmediata de la mujer y ayuda a identificar trastornos familiares o genéticos que puedan afectar el estado de salud presente de la embarazada o del feto.

Historias sociales y antecedentes

Se determinan durante el interrogatorio sobre factores situacionales como el entorno étnico y cultural de la familia y el estado socioeconómico. Se exploran las percepciones que tiene la mujer sobre su embarazo. Se determina el sistema de apoyo familiar. La enfermera debe estar alerta a la aparición de problemas potenciales como la depresión, la carencia de apoyo familiar y las condiciones de vida inadecuadas. También se identifican los mecanismos de afrontamiento y los patrones de interacción. Se determinan los conocimientos que la mujer/la pareja tienen sobre la gestación, cambios maternos, crecimiento fetal, cuidado personal y la atención del recién nacido. Se precisa información sobre las capacidades de

toma de decisiones que poseen la mujer/la pareja y sobre sus hábitos de vida (por ejemplo: ejercicio, sueño, alimentación, intereses recreativos, higiene personal, atuendo). Deben explorarse las actitudes concernientes al margen de comportamientos sexuales aceptables durante el embarazo. Además deberá incluir la valoración de riesgo de maltrato físico, debido a que la probabilidad de abuso puede aumentar durante el embarazo.

Revisión por sistemas

Se pregunta a la mujer sobre problemas preexistentes o concurrentes de los sistemas corporales y de su estado mental. Se pregunta sobre los síntomas físicos que ha experimentado y el estado presente de salud de los diferentes sistemas. Debe obtenerse información adicional sobre los síntomas descritos: localización, calidad, cantidad, cronología, contexto, factores que lo agravan o lo alivian y manifestaciones asociadas (aparición, carácter, curso).

Examen físico

El examen físico inicial proporciona los datos de base para medir los cambios subsiguientes. El examinador determinará las necesidades que tiene la embarazada de información básica relacionada con la estructura de sus órganos genitales, se mostrará el equipo que habrá de emplearse durante el examen y se explica el procedimiento mismo.

El examen físico comienza con la valoración de los signos vitales, peso y talla.

Cada examinador ha desarrollado una rutina para llevar a cabo el examen físico; la mayoría escogen la progresión de la cabeza a los pies, otros escogen el enfoque por sistemas.

- a) El estado físico se valora de la siguiente manera:
- b) Estado respiratorio: sonidos respiratorios, frecuencia, profundidad, tos.
- c) Estado cardíaco: frecuencia apical, ritmo, ruidos cardíacos.
- d) Estado circulatorio: frecuencia, ritmo y calidad de los pulsos (radial, humeral, carotídeo, femoral, dorsal pedio).

- e) Estado de la piel: color, temperatura, turgencia, edemas, heridas, distribución del pelo y del vello.
- f) Estado neurológico: estado mental, orientación, reacción pupilar, visión y aspecto de los ojos, capacidad de oír, gustar, sentir y oler.
- g) Estado musculo esquelético: tono muscular, fuerza, marcha, estabilidad y gama
- h) de movimientos.
- i) Estado digestivo: estado de los labios, lengua, encías y dientes; presencia de reflejo nauseoso; ruidos intestinales; distensión o dolor abdominal; impactación fecal; hemorroides.
- j) Estado genitourinario: presencia de distensión vesical, secreción (vaginal, uretral).

Como complemento del examen físico a la embarazada se valoran:

Glándula tiroides

Es la glándula endócrina más grande del organismo y la única accesible al examen físico directo. El comportamiento y la apariencia de la mujer, incluido el estado de su piel, ojos, cabello y sistema cardiovascular son importantes indicadores de la función tiroidea. Diferentes hallazgos (por ejemplo: aumento de tamaño, consistencia gruesa y arenosa, nódulos) requieren una evaluación más detallada.

Mamas

La evaluación de las mamas proporciona información sobre hallazgos normales, sin embargo deberá estar alerta ante la posibilidad del carcinoma. Se deberá enseñar a la mujer el autoexamen de mama para que lo practique todos los meses. No obstante, a causa de los cambios que sufre el tejido mamario durante el embarazo y la lactancia, los hallazgos del autoexamen durante estos periodos no son fiables.

Abdomen

Se valora la condición general de la piel; esto incluye su color, erupciones, lesiones o cicatrices, si existen estrías o venas dilatadas, su turgencia, textura y distribución del vello.

El contorno y la simetría del abdomen y la presencia de hernias. Mediante palpación se
ENE-UNAM

valora toda masa abdominal. También se valora el agrandamiento progresivo del útero a causa de la gestación. Semanas 10 a 12: fondo uterino apenas en plano cefálico a la sínfisis del pubis.

Examen pélvico

Se advierte a la mujer que se abstenga de las relaciones sexuales, las duchas íntimas o el uso de medicamentos por vía vaginal durante 24 horas antes de la cita porque estos factores pueden enmascarar la naturaleza de las secreciones, las células y el olor. Se examinan los genitales externos para evaluar la madurez sexual.

Pueden existir cicatrices antiguas de partos o traumatismos anteriores. Manteniendo informada a la mujer sobre el procedimiento el examinador palpa los genitales externos en busca de adelgazamientos, masas, fístulas, lesiones e inflamaciones. Se valora el ano para la presencia de hemorroides o colgajos hemorroidales y la integridad del esfínter anal. También se examina el área anal en busca de lesiones, masas, abscesos y tumores. Si hay historia de enfermedades de transmisión sexual, puede el examinador obtener una muestra para cultivo del canal anal. Durante todo el examen genital notar la presencia de olores que puedan indicar la presencia de infecciones o falta de higiene.

Pruebas de laboratorio

La información obtenida a partir del examen de estas muestras agrega datos importantes sobre los síntomas del embarazo y la salud de la mujer. Dicha información se usa para hacer diagnósticos médicos y de enfermería. Se toma sangre para una variedad de pruebas: VDRL, VIH, cuadro hemático completo, grupo y Rh, perfil de anticuerpos (Kell, Duffy, rubéola, toxoplasmosis y anti Rh), etc. Se analiza la orina en busca de glucosa, proteínas, nitritos y leucocitos. Los hallazgos de factores de riesgo durante el embarazo pueden indicar la necesidad de repetir algunas pruebas.

Signos de problemas potenciales

La entrevista, el examen físico y las pruebas de laboratorio pueden ser fuente de hallazgos que sugieren la presencia de complicaciones. Cuando la base de datos está completa, puede

determinarse la situación de riesgo de la mujer y derivarla a cuidados especializados para una evaluación más detallada.

Durante el embarazo también pueden aparecer los signos de advertencia (vómito severo, escalofríos, fiebre, diarrea, cólicos abdominales, sangrado vaginal, etc.). Debe entrenarse a la mujer y a su familia para que descubran la presencia de estos signos de manera que busquen el remedio apropiado. Cuando una persona está angustiada por un síntoma perturbador le es difícil recordar instrucciones específicas. Por tanto, se presta un mejor servicio a la mujer y a su familia si se les da una lista impresa de signos y síntomas que justifiquen la investigación y los números telefónicos donde pueden llamar en busca de respuestas. En el segundo trimestre por lo general el embarazo ya está verificado, la mujer y su familia han tenido tiempo suficiente para adaptarse a la idea y con seguridad ya han asistido a la primera visita prenatal. Las molestias comunes del comienzo del embarazo están en resolución. La mayor parte de las mujeres no tienen problemas serios y se les programa un patrón común de controles prenatales, basta con una visita al mes, aunque pueden programarse adicionales en caso de surgir la necesidad

Entrevista

Se pide a la mujer que resuma los eventos relevantes desde la visita anterior, se pregunta sobre el bienestar general emocional y fisiológico, si tiene quejas, problemas o preguntas. También se identifican y exploran las necesidades familiares.

Se evalúa la forma en que la mujer va progresando a través de las etapas de desarrollo del embarazo. Con la percepción de los movimientos fetales, la mujer vuelve la atención hacia sí misma, su embarazo y sus relaciones con los demás; por ejemplo madre y cónyuge. Se discuten el éxito o el fracaso de las medidas de auto cuidado y la disposición para aprender.

El personal de enfermería averigua sobre la participación en clases de educación para el parto. Una herramienta valiosa para el equipo de salud es una lista de revisión de las necesidades del segundo trimestre, para evitar los vacíos en la atención e identificar áreas de preocupación en las embarazadas.

Valoración del embarazo

Lista de revisión del segundo trimestre:

- Cronograma de visitas y eventos
- Valoración materna
- Crecimiento y desarrollo fetales
- Pruebas diagnósticas
- Asesoría para el autocuidado
- Plan para el nacimiento
- Adaptaciones/molestias
- Molestias gastrointestinales
- Varices
- Molestias neuromusculares y esqueléticas
- Medidas de seguridad
- Ejercicio y reposo
- Relajación
- Nutrición
- Alcohol y otras sustancias
- Sexualidad
- Higiene personal
- Signos de alarma de complicaciones potenciales, entre otros.

Examen físico

La reevaluación es un aspecto constante del cuidado de la embarazada. La base de datos se actualiza cada vez que se establece contacto y se documentan los cambios fisiológicos, porque hacerlo facilita la identificación de cualquier desviación de la normalidad.

En cada visita se determinan los signos vitales; se evalúa el peso, sea ganancia o pérdida y se anotan la presencia y grado de edema, si lo hay. La inspección y la palpación del abdomen, junto con la medición de la altura uterina, que para la semana 16 el fondo

uterino se encuentra a la mitad de la distancia entre la sínfisis y el ombligo y para las semanas 20 a 22, el fondo en cicatriz umbilical son aspectos del examen que se realiza en cada visita. Mientras se valora el abdomen con la mujer en posición de litotomía, la enfermera debe vigilar la presencia de hipotensión supina.

Los hallazgos revelados durante la entrevista y el examen físico reflejan la condición de las adaptaciones maternas. En caso de que alguno despierte sospechas, se lleva a cabo un examen más detallado.

El número de pruebas durante el segundo trimestre es limitado. Se obtiene una muestra de orina para medir glucosa, proteínas, nitritos y leucocitos, cultivo; muestras de sangre, sólo si hay signos y síntomas que así lo demanden.

Los signos de problemas potenciales que puede presentar una embarazada se determinan a través de factores de riesgo, por lo que se somete a una vigilancia continua de signos y síntomas de complicaciones potenciales como:

- Hipermesis gravídica
- Sangrado transvaginal
- Dolor abdominal
- Escalofríos, fiebre inespecífica
- Disuria, diarrea
- Cambios en los movimientos fetales
- Contracciones uterinas
- Trastornos visuales, visión borrosa, doble o con manchas
- Edema de la cara, los dedos o sobre el sacro
- Cefaleas: severas, frecuentes o continuas
- Irritabilidad muscular o convulsiones
- Dolor epigástrico
- Valoración fetal

La medición de la altura uterina sobre la sínfisis púbica se usa como indicador del progreso del crecimiento fetal, y constituye una estimación general de la edad gestacional. También puede ayudar en la identificación de los factores de riesgo (como retraso en el crecimiento intrauterino, hidramnios, etc.). Además se realiza la valoración de la respuesta fetal (VaReFe). La edad gestacional en un embarazo no complicado se determina con la duración del embarazo y la fecha probable de parto (FPP).

La valoración del estado de salud fetal incluye la consideración de los movimientos fetales, la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y su ritmo y los síntomas anormales maternos o fetales.

La FCF se revisa de forma habitual a partir del momento en que puede auscultarse con el estetoscopio Doppler o el Pinard. Frecuencia y ritmo normales son indicadores de salud fetal, su ausencia requiere investigación inmediata.

Lo ideal es que exista un protocolo establecido por medio del cual se definan de forma explícita la posición de la mujer en la mesa de examen, el dispositivo de medida y el método de medición. En un embarazo no complicado, la edad gestacional se determina con la duración del embarazo y la fecha probable de parto (FPP). La valoración del estado de salud fetal incluye la consideración de los movimientos fetales, la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y su ritmo y los síntomas anormales maternos o fetales. La FCF se revisa de forma habitual a partir del momento en que puede auscultarse con el estetoscopio Doppler o el Pinard. Frecuencia y ritmo normales son indicadores de salud fetal, su ausencia requiere investigación inmediata.

AMENAZA DE ABORTO.

Un embarazo normal es aquel en el que no se identifican alteraciones en su transcurso: el producto se mantiene, y se desarrolla a término sin ninguna complicación.

Por el contrario, se considera un embarazo de alto riesgo cuando son necesarias algunas intervenciones para tratar de mantener durante el mayor tiempo posible al producto en el

ambiente materno. Las causas de este tipo de embarazo pueden deberse a problemas relacionadas con la salud materna o fetal.

Durante los dos primeros trimestres de la gestación, la causa principal de hemorragia es el aborto. Este se define como la expulsión del producto de la concepción antes de que alcance la viabilidad, es decir, hasta la 20ª semana de gestación, o con un peso inferior a 500 gr. Los abortos pueden ser espontáneos (de origen natural) o provocados (debido a una interrupción artificial o mecánica).

Otras complicaciones que pueden provocar hemorragias durante la primera mitad de la gestación son el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica de la gestación, que se expondrá enseguida. En la segunda mitad, sobre todo en el tercer trimestre, las dos causas principales son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta.

Muchos embarazos terminan durante el primer trimestre a causa de un aborto. Con frecuencia, la mujer cree tener metrorragia cuando, en realidad, sufre aborto precoz. Casi todos los abortos precoces se deben a anomalías cromosómicas. También son causas frecuentes los fármacos teratógenos, la implantación defectuosa debido a alteraciones del aparato genital femenino, la debilidad del cuello uterino, los trastornos de la placenta, las enfermedades crónicas maternas, los desequilibrios endocrinos y las infecciones.

Clasificación

Los abortos se subdividen en las siguientes categorías:

- Amenaza de aborto. Existe peligro para la vida del embrión o del feto a causa de una hemorragia de origen desconocido, con dolor tipo cólico y lumbalgia. El cuello uterino está cerrado. La hemorragia puede durar varios días e ir seguida de la expulsión total o parcial del feto o embrión, la placenta y las membranas (conocidas a veces, en conjunto, como “productos de la concepción”).
- Aborto inminente. La hemorragia y los dolores cólicos son cada vez más intensos. El orificio cervical interno se dilata. La bolsa puede romperse. También se conoce como aborto inevitable.

- Aborto completo. Expulsión de todos los productos de la concepción.
- Aborto incompleto. Retención de parte de los productos de la concepción, casi siempre de la placenta. Se aprecia una discreta dilatación del orificio cervical interno.
- Aborto retenido. La muerte del feto en el interior del útero no va seguida de expulsión; El crecimiento del útero cesa, los cambios de las mamas involucionan y puede haber una secreción vaginal pardusca. El cuello está cerrado. Si la retención del feto dura más de 6 semanas, la degradación de los tejidos fetales provocará la liberación de tromboplastina, con posibilidad de una coagulación intravascular diseminada (CID).
- Aborto espontáneo. Se habla de aborto espontáneo cuando tres o más embarazos consecutivos terminan en aborto. El aborto espontaneo puede resultar muy angustiioso para la pareja que desea tener un hijo. Sin embargo, las probabilidades de que el siguiente embarazo llegue a su término son iguales a las de la población en general. No obstante, las probabilidades de éxito son cada vez menores con cada aborto espontáneo sucesivo.
- Aborto séptico. Presencia de infección. Puede asociarse a una rotura prolongada e inadvertida de las membranas, el embarazo asociado a la presencia de un dispositivo intrauterino (DIU), o a un intento de interrupción del embarazo por una persona no cualificada.

Las complicaciones más comunes durante el embarazo y que pueden terminar en aborto, para lo cual la enfermera debe estar ante la sospecha de problemas que pudieran interferir con el embarazo tales como:

- Situaciones hemorrágicas
- Situaciones hipertensivas
- Infecciones de vías urinarias
- Enfermedades crónico-degenerativas como Diabetes e Hipertensión
- Placenta previa

- Signos de dilatación prematura del cérvix

Estas son algunas complicaciones que ponen en riesgo el estado de salud fetal, y puede terminar en aborto antes de la semana 20, de tal manera que con cada visita al servicio médico se debe evaluar cada uno de estos riesgos.

Se realiza la valoración de la respuesta fetal (VaReFe). Se pide a la madre que describa la naturaleza de los movimientos fetales y que informe de cualquier señal de alarma que pueda presentar, como la rotura prematura de membranas o la disminución o ausencia de los movimientos fetales.

En el CIMIGen el seguimiento de la evolución del embarazo tiene como un mínimo de cinco consultas en las que se hará obligatoria una visita al inicio del embarazo, otra a los 3, 5, 7 y 8 meses de gestación. En los periodos intermedios se harán evaluaciones de control domiciliario o en el programa educativo de psicoprofilaxis perinatal.

Se debe utilizar la guía para la evaluación de riesgo perinatal durante la evolución del embarazo (PREVIGen III) llevando a cabo:

- Detección, evaluación y clasificación de factores de riesgo materno fetal en forma periódica (1 vez al mes).
- Toma de decisión de manejo, diagnóstico, terapéutico o referencia oportuna para evitar problemas para la madre y/o feto como: aborto, desnutrición materna y fetal, parto pretérmino, infecciones ginecológicas, de vías urinarias o sistémicas, hemorragia, hipertensión, etc.
- El control del embarazo implica además procesos educativos para preservar la salud de la madre, el feto y el recién nacido como:
 - Utilización de la tarjeta de control del embarazo

- Cuidados higiénicos, nutricios, físicos y psicológicos
- Puericultura
- Cursos de psicoprofilaxis perinatal
- Aplicación de esquema de vacunación con toxoide tetánico (dos dosis)
- Participación en los programas de lactancia materna (individuales o de grupo)
- También es importante la orientación y promoción para la planificación familiar voluntaria con métodos inmediatos (postparto o cesárea).

Cuando una paciente llega a urgencias con amenaza de aborto, se hace necesario el tratamiento de uteroinhibición, necesario cuando se realiza identificación temprana de cualquier riesgo y evitar el empleo de medicamentos potencialmente perjudiciales, y de otro lado el ingreso tardío.

El diagnóstico precoz en:

1. Valorar la edad gestacional.
2. Analizar las contracciones uterinas molestas o dolorosas y detectables por cardiotocografía.
3. Conocer las modificaciones del cuello uterino con respecto al último examen realizado.
4. El diagnóstico se realiza con la aparición conjunta de estos signos y síntomas que son reforzados si existen factores de riesgo.

El embarazo suele transcurrir como una experiencia sin complicaciones. Sin embargo, en algunos casos se producen problemas que generan un estado de riesgo para la gestante o su hijo no nacido. La asistencia prenatal regular permite identificar estas posibles complicaciones con la rapidez suficiente para poder tomar las medidas necesarias.

Asistencia de la mujer con un trastorno hemorrágico.

Cualquiera que sea la causa de la hemorragia, la enfermera tiene ciertas responsabilidades globales en la provisión de la asistencia de enfermería. Muchas veces, la valoración inicial de una hemorragia es responsabilidad de la enfermera y las medidas a tomar en la asistencia de enfermería de la mujer gestante tratada por un problema hemorrágico son:

- Vigilancia de la presión arterial y de la frecuencia del pulso.
- Observación de la mujer para identificar signos sugestivos de shock, como palidez, piel húmeda y pegajosa, sudación excesiva, disnea o inquietud.
- Recuento y pesada de las compresas higiénicas para valorar la magnitud de la hemorragia durante un periodo de tiempo dado; deben conservarse todos los tejidos o coágulos expulsados.
- Si el embarazo tiene 12 semanas o más, valoración de los tonos cardiacos fetales mediante Doppler.
- Preparación para el tratamiento intravenoso. Puede haber órdenes previas de iniciar el tratamiento intravenoso en las mujeres con tendencia hemorrágica.
- Preparación del equipo de exploración.
- Obtención de una fuente de oxígeno.
- Recogida y organización de los datos, incluyendo los antecedentes, el comienzo del episodio hemorrágico y las muestras (hemoglobina, hematocrito, estudios hormonales) para análisis.
- Obtención de una solicitud de grupo sanguíneo y pruebas cruzadas si la hemorragia es significativa.
- Evaluación de los mecanismos de afrontamiento de la mujer durante la crisis. Prestación de apoyo emocional para mejorar su capacidad de afrontamiento mediante la presencia continua y atenta, con explicación clara de los procedimientos previstos y comunicación de su estado a la familia. Preparación de la gestante para una posible pérdida del feto. Evaluación de sus manifestaciones de ira, rechazo, silencio, culpa, depresión o de reproche.

Tratamiento clínico

Uno de los indicadores más fiables de un posible aborto es el desarrollo de dolor cólico en la pelvis asociado a lumbalgia. Las hemorragias debido a pólipos, rotura de los vasos cervicales o erosiones del cuello no suelen asociarse a estos síntomas. Cuando la causa de la hemorragia es dudosa, suele recurrirse a la ecografía para identificar la presencia de un

saco gestacional o de actividad cardiaca. Los resultados de la determinación de la gonadotropina coriónica humana (h-CG) no son de gran utilidad, pues descienden lentamente tras la muerte fetal y, por tanto, no permiten confirmar la existencia de un embrión o feto vivo. La hemoglobina y el hematocrito se miden para valorar la pérdida de sangre. Ésta se tipifica y se somete a pruebas cruzadas para prevenir la necesidad e transfusión.

El tratamiento prescrito en la gestante que sangra es el reposo en cama, la abstención de relaciones sexuales completas y, quizá, la sedación. Cuando la hemorragia persiste y el aborto es inminente o incompleto, la mujer debe ser hospitalizada; a veces se instaura un tratamiento IV se administra una transfusión para reemplazar la sangre perdida y se procede al legrado o a la evacuación por aspiración para extraer los productos de la concepción que aún permanecen en el útero. Si la mujer es Rh negativa y no está sensibilizada, se administrará inmunoglobulina Rh (RhoGAM) en las 72 horas siguientes.

Planteamiento asistencial de enfermería.

Cuando se ha diagnosticado amenaza de aborto, el personal de enfermería valora los signos vitales de la mujer, la magnitud y el aspecto de cualquier posible hemorragia, el grado de comodidad y la salud física general. Cuando el embarazo es de 10 a 12 semanas o más, la frecuencia cardíaca fetal debe evaluarse con Doppler. La enfermera debe valorar también las respuestas de la mujer y su familia ante la crisis, así como el apoyo que puedan dar a la gestante.

Algunos posibles diagnósticos de enfermería aplicables, los más frecuentes pueden ser:

- Dolor relacionado con el cólico abdominal secundario a la amenaza de aborto.
- Duelo anticipado, relacionado con la pérdida previsible del hijo no nacido.

En el primer trimestre del embarazo, la gestante que comienza a sufrir dolores cólicos o a sangrar suele ser valorada en consulta externa. La enfermera proporciona analgesia para aliviar el dolor cuando éste es intenso o explica lo que sucede a lo largo de todo el proceso.

Las sensaciones de alegría o de esperanza se pueden transformar en tristeza, aflicción y quizá, ira.

Puesto que muchas mujeres, incluso tras haber planeado el embarazo, sienten cierta ambivalencia hacia él, también es frecuente la sensación de culpa. Este sentimiento puede ser incluso más intenso en las mujeres que no aceptaban de buen grado la gestación; pueden desarrollar un concepto negativo de sí mismos y llegar a creer que la amenaza de aborto puede ser un castigo.

La enfermera puede ofrecer un apoyo psicológico muy importante a la mujer y a su familia, invitándoles a hablar acerca de sus sentimientos, proporcionando la intimidad suficiente para que hablen de sus preocupaciones sobre el embarazo actual y los futuros. Puede contribuir a reducir la sensación de culpa o reproche informando a la mujer y a su familia sobre la amenaza de aborto.

Plan de alta hospitalaria

En ausencia de complicaciones, podrá volver a su domicilio unas horas más tarde. La enfermera vigila de cerca el estado de la mujer y la instruye acerca de las medidas que debe tomar.

VIII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1. Valoración

8.1.1 Estudio de caso

DATOS GENERALES:

Nombre: P. R. GALEANA

Edad: 18 Sexo: Femenino Ocupación: Estudiante

Estado civil: Casada Religión: Católica

Institución de salud: I.S.S.S.T.E.

SIGNOS VITALES:

Respiración: 18x Amplitud: _____

Pulso/ frecuencia: 70 Ritmo: Normal

Temperatura corporal: 36.5 Tensión arterial: 110/70

SOMATOMETRIA:

Peso: 80 Talla: 1.55

NECESIDADES:

1.- RESPIRACIÓN

¿Tienes problemas para respirar? No Si _____

Describe: _____

¿Fuma usted? No Si _____ ¿Cuántos cigarrillos? _____

¿Convive usted con fumadores? No _____ Si

¿Dónde? En casa

¿Tiene usted animales en casa? No _____ Si

¿De qué tipo? _____ Perro _____

¿Su casa está bien ventilada? No Si _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? No Si _____

¿Cuál? _____

2.- ALIMENTACION:

¿Tiene algún problema con su apetito? No _____ Si

Describe: me da mucha hambre.

¿Sigue usted alguna dieta especial? No Si _____

¿Cuál? _____

¿Toma algún complemento alimenticio? No Si _____

¿Cuál? _____

¿Su horario alimenticio es?

Desayuno 11 A.M.

Comida 3 P.M.

Cena 8 P.M.

¿Tienes problemas para masticar? No Si _____

¿Cuál? _____

¿Padece alguna alergia alimentaria? No Si _____

¿Cuál? _____

¿Tiene dificultades para controlar tu peso? No _____ Si

¿Cuántos vasos de agua tomas al día? 8

¿Come entre comidas? No _____ Si

¿Qué tipo de alimentos? Chatarra

¿Tienes problemas digestivos? No _____ Si

¿Cuáles? Estreñimiento

Mida glicemias: 90

3.- ELIMINACION:

¿Cuántas veces defeca al día? 1

¿Tiene problemas de hemorroides? _____ Diarrea: _____ estreñimiento: X Sangrado:
_____ heces negras: heces con sangre: _____ incontinencia fecal: _____ Dolor al evacuar:
otros: _____

¿Cómo lo soluciona? Tomando laxantes.

¿Cuántas veces orina al día? 6

¿De qué color es su orina? Amarillo

¿Experimenta dolor al orinar? No X Si _____

Describe: _____

Ganas frecuentes de orinar: No _____ Si X

Incontinencia urinaria: No X Si _____

Esfuerzo al orinar: No X Si _____

¿Cómo lo remedia?

4.- MOVILIDAD Y POSTURA:

Presenta dificultad para:

Levantarse: No X Si _____

Sentarse: No X Si _____

Caminar: No X Si _____

¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que le dificulta su movilidad?

No X Si _____

Describe: _____

5.- DESCANSAR Y DORMIR

¿Duerme usted bien? No _____ Si X

Describa: _____

¿Cuántas horas duerme? 10 Horas al día

¿Duerme por la tarde? No X Si _____

¿Cuántas horas? _____

¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? No _____ Si X

¿Por qué? La habitación está acondicionada para que pueda descansar y puedo conciliar el sueño con dificultad porque permanezco en reposo la mayor parte del día.

6.- VESTIDO Y 7.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL:

¿Cada cuánto se baña? cada tercer día _____

¿Su cambio de ropa es? Total: 2 parcial: _____

¿Se lava los dientes? No _____ Si X Frecuencia: a veces 4

¿Utiliza cepillo de dientes? No _____ Si X

Su aseo de manos lo realiza: De vez en cuando: _____

Antes de comer: X

Después de ir al baño: X antes de ir al baño: _____

¿Utiliza artículos personales (crema, jabón, desodorante, cosméticos, otros)? Si

¿Cada cuánto cambia su ropa de cama? (FRECUENCIA) Cada 3 días.

¿Por qué? Porque se moja la cama

¿El uso de toalla de baño es personal? No _____ Si X

¿Por qué? Me gusta utilizar la mía.

¿Es usted capaz en este momento de cuidar la limpieza y el orden de su cama?

No ____ Si X

¿Por qué? _____

Explore:

Aspecto personal: _____

Cabello: Castaño

Mucosas:

Dientes: Completos

Uñas: Cortas

Pies: Limpios

Técnicas de apoyo: curación: _____ masaje: _____ antisépticos: _____

8.- TEMPERATURA:

¿Tiene algún problema con el control de su temperatura? No X Si _____

¿Cuál? _____

Mida y observe:

Temperatura corporal: 36.5°C

Fármacos: Ketocorolaco

Tratamiento de apoyo: _____

Otros especifique: _____

9.- EVITAR PELIGROS:

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? No X Si _____

¿Cuál? _____

¿Tiene problemas para ver cerca? No ____ Si _____

¿En su casa existe algún problema que lo ponga en riesgo? No _____ Si _____

¿Cuál? _____

¿Conoces las medidas de protección en caso de incendio, temblores, erupciones, etc?

Algunas: Todas: _____ Ninguna: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? No ____ Si _____ No sabe:

¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____

¿Qué medidas lleva a cabo para controlarla? _____

Explore (capacidad auditiva y visual, condiciones de en la vida):

10.- COMUNICACIÓN:

¿Escucha usted bien? No _____ Si

¿Por qué? _____

¿Con quién vives? Mi madre, mi esposo e hijo y mis hermanos

Describe su relación:

Observe (características de lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, apoyos, estado de conciencia).

Reproducción y sexualidad:

¿Utiliza algún método de control natal? No Si _____

¿Cuál? _____

En caso de ser hombre:

¿Le practicaron a usted la circuncisión? No _____ Si _____

¿Utiliza el condón? No _____ Si _____

11.- CREENCIAS Y VALORES

¿Qué sentido tiene para usted la vida? Mucha importancia.

¿Qué opina de la muerte? Que en cualquier momento puede llegar.

¿Usted conserva alguna tradición durante este año? No _____ Si X

¿Cuál? Día de muertos.

¿Tiene usted algún hábito religioso? No _____ Si X

¿Cuál? Católica

¿En este momento tiene algún pendiente? No X Si _____

¿Cuál? _____

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? Mi hijo

12.- TRABAJO Y REALIZACION

¿Está usted contento con el trabajo que realiza? No _____ Si X

¿Por qué? _____

¿Su estado de salud la impide hacer lo que le gustaría? No Si X

¿Por qué? _____

¿Qué metas tiene usted para este momento? Terminar la Universidad

¿Pertenece usted a algún grupo de apoyo? Social: X Cultural:

Deportivo: religioso:

¿Qué rol desempeña en la sociedad? Ciudadana promedio

¿Qué rol desempeña en su casa? Como madre de familia

De ese rol. ¿Qué es lo que más le gusta? Como madre

Observaciones:

13.- RECREACIONES:

¿Cuenta con tiempo libre? No X Si _____

¿A que lo dedica? Estudiar y ser madre

¿Practica algún deporte? No Si _____

¿Cuál? _____

Frecuencia: _____

¿Su estado de salud le ha modificado sus actividades anteriores?

No Si _____

¿Acude usted a lugares de recreación?

Frecuente: _____ rara vez: _____ nunca:

Observe condiciones de la vivienda que propicien la recreación y el deporte:

14.- APRENDIZAJE:

¿Has recibido alguna información acerca de su salud? No _____ Si

¿De qué tipo? _____ Hay algo que usted desearía saber acerca de su estado de salud o del de su familia? Cada cuánto checarlos.

¿Usted se auto medica? No _____ Si a veces

¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud? Si me gustaría.

8.2. Análisis de las necesidades

NECESIDAD DIAGNOSTICADA	GRADO DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD
1.Oxigenación	Independiente	No representa problema alguno
2.Comer y beber	Independiente	No representa ningún problema por que tolera muy bien los alimentos
3.Eliminacion	Parcialmente dependiente	En los hábitos de micción no presenta ningún problema y se apega a los hábitos del hospital, sin embargo la paciente está en reposo absoluto y restringida la posibilidad de movilizarse. Necesita ayuda para estas necesidades
4.Moverse	Parcialmente dependiente	Sólo se moviliza dentro de su cama. No camina, solo lo estrictamente necesario.
5.Dormir y descansar	Dependiente	No duerme sus horas normales en casa por las molestias ocasionadas por la amenaza de aborto.
6.Vestir y desnudarse	Independiente	No representa ningún problema porque él puede hacerlo solo.
7. Mantener la temperatura	Independiente	Logra controlar su temperatura normal y el lugar donde se encuentra no es muy agradable por ser un hospital.

8.Estar limpia y aseada	Independiente	Trata de mantenerse lo más limpio que se pueda para recuperar su salud.
9.Evitar peligros	dependiente	Déficit de conocimientos relacionados con los cuidados de la en su hogar. Está angustiada con la probable pérdida de su bebe.
10.Comunicarse	Independiente	Ella puede realizarse y comunicarse muy bien con sus familiares y amigos.
11.Creencias y valores	Independiente	Cree en su religión que es católica.
12.Realizarse	Independiente	Está en el proceso de autorealización porque está estudiando la profesión que más le gusta.
13.Recrearse	Dependiente	No le es posible acudir a lugares de recreo por que tiene la indicación de reposo absoluto y su movilidad limitada.
14.Aprender	Parcialmente dependiente	Ella quiere saber como cuidarse para llegar a feliz término su embarazo

8.3. Diagnósticos de Enfermería identificados

A partir del análisis de los datos obtenidos de la valoración de la paciente P. Galeana R, se infieren los siguientes diagnósticos de enfermería:

1. Alteración del desempeño de rol relacionada con la incapacidad para cumplir los roles normales secundario al reposo en cama y cambios de expectativas en la evolución del embarazo.
2. Ansiedad relacionada con la amenaza de aborto, cambios en la función del rol, en el entorno.
3. Autoestima, déficit situacional relacionado con la amenaza a la capacidad de llevar a término el embarazo.
4. Déficit de la actividad recreativa relacionado con hospitalización prolongada.
5. Deterioro de la interacción social relacionado con el reposo en cama/hospitalización.
6. Duelo anticipado relacionado con la probable pérdida del embarazo idealizado y pérdida potencial fetal.

8.4. Planes de cuidado

1. Diagnóstico:

Alteración del desempeño de rol relacionada con la incapacidad para cumplir los roles normales secundario al reposo en cama y cambios de expectativas en la evolución del embarazo.

Objetivo:

Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto en el que se encuentra.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1800 Ayuda al autocuidado.	Observar las necesidades por parte del paciente.	Se logró mejorar.
5230 Aumentar el afrontamiento.	Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.	Se logró mejorar
	Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.	Se logró mejorar
	Tratar de comprender la perspectiva.	Se logró mejorar

2. Diagnóstico:

Ansiedad relacionada con la amenaza de aborto, cambios en la función del rol, en el entorno.

Objetivo:

Ayudar a identificar los patrones funcionales del rol en torno a situaciones de la amenaza de aborto.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
4920 Escucha activa	492001 Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. 492003 Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. 492005 Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación. 492006 Establecer el propósito de la interacción.	Se logró mejorar Se logró mejorar Se logró mejorar Se logró mejorar
5270 Apoyo emocional	527002 Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 527003 Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.	Se logró mejorar Se logró mejorar

3. Diagnóstico:

Autoestima, déficit situacional relacionado con la amenaza a la capacidad de llevar a término el embarazo.

Objetivo:

Mejorar la situación de sentimientos sobre su propia persona.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
5240 Asesoramiento	524001 Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. 524002 Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos. 524004 Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. 524010 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 524013 Favorecer la expresión de sentimientos. 524019 Reforzar nuevas habilidades.	Se logró mejorar Se logró mejorar Se logró mejorar Se logró mejorar Se logró mejorar Se logró mejorar

4. Diagnóstico:

Déficit de la actividad recreativa relacionado con hospitalización prolongada.

Objetivo:

Ayudar a la paciente para que le sea posible realizar alguna actividad recreativa, dentro del reposo absoluto.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Terapia de entretenimiento.</p> <p>Terapia de juegos.</p> <p>Facilitar visitas.</p>	<p>Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas de acuerdo a sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>Estructura la sesión de juegos para estructurar el resultado deseado.</p> <p>Proporcionar un equipo que estimule juegos creativos e expresivos.</p> <p>Preparar el entorno para las visitas.</p> <p>Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia/seres queridos.</p>	<p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p>

5. Diagnóstico:

Deterioro de la interacción social relacionado con el reposo en cama/hospitalización.

Objetivo:

Ayudar a verbalizar sus malestares en situaciones sociales.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales.</p> <p>4430 Terapia con juegos</p> <p>5360 Terapia de entretenimiento</p>	<p>436203 Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.</p> <p>436204 Ayudar al paciente a escenificar las etapas de conducta.</p> <p>443001 Animar al paciente a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones.</p> <p>536003 Ayudar al paciente / familia a identificar los déficits de movilidad.</p>	<p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p>

6. Diagnóstico:

Duelo anticipado relacionado con la probable pérdida del embarazo idealizado y pérdida potencial fetal.

Objetivo:

Facilitar la comunicación de inquietudes, sentimientos entre el paciente y la familia y entre los miembros de la misma.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>7140 Apoyo a la familia</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <p>5240 Asesoramiento</p>	<p>Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad.</p> <p>Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.</p> <p>Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.</p> <p>Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</p> <p>Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos.</p>	<p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p> <p>Se logró mejorar</p>



NIVEL 2° NIVEL		ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA	SERVICIO: TOCOCIRUGÍA	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA BIFOCAL																			
				CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)																			
DOMINIO: 7 Rol/Relaciones		CLASE: 3 Desempeño del Rol		RESULTADO (S) 2102- Nivel de dolor: Intensidad del dolor referido o manifestada																			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA																							
00055 Desempeño ineficaz del rol.				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">INDICADOR (ES)</th> <th rowspan="2">ESCALA (S) DE MEDICIÓN</th> <th colspan="2">PUNTUACIÓN</th> </tr> <tr> <th>MANTENER</th> <th>AUMENTAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">DOMINIO 3 Salud Psicosocial</td> <td>140202 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.</td> <td>NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</td> <td>1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado.</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>					INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN		MANTENER	AUMENTAR	DOMINIO 3 Salud Psicosocial	140202 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.	NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO	3	4	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado.	2	3
	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN																				
			MANTENER	AUMENTAR																			
DOMINIO 3 Salud Psicosocial	140202 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.	NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO	3	4																			
	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	1= Nunca demostrado 2= Raramente demostrado 3= A veces demostrado 4= Frecuentemente demostrado 5= Siempre demostrado.	2	3																			
MIP Alteración de las percepciones del rol. Ansiedad.																							
R/C Baja autoestima, dolor.																							

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE
Aguda al autocuidado 1800
ACTIVIDADES
Observar las necesidades por parte del paciente.
Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE
Aumentar el afrontamiento 5230
ACTIVIDADES
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
Tratar de comprender la perspectiva.

IX.- CONCLUSIONES

El ser humano desde el principio de la vida surge la necesidad de cuidar su entorno y por ende la salud, no se refiere simplemente al bienestar físico, material y espiritual, es un equilibrio constante para desarrollar sus facultades que le permita al individuo desarrollarse de forma plena, este en un ambiente idóneo para cumplir sus objetivos.

No todo lo puede hacer el gobierno, esperando que este implemente todas las acciones, estrategias y programas para permitir una mejor calidad de vida a la población, nosotros también debemos poner énfasis en la educación y procurar mejorar nuestra calidad de vida.

La conceptualización y preparación del personal de salud para la praxis, es llegar a la médula espinal y tocar el corazón de cada individuo para hacer que cambie su estilo de vida para el bien de su salud y de la familia, considerando a priori que ya existe cobertura de ciertas necesidades básicas para la sobrevivencia del ser humano. Se habla de la calidad de vida del ser humano, donde se ha logrado aumentar de 5 a 10 años más, pero en qué condiciones, donde el hombre moderno vive la crisis de la perfección y la mayoría de las tendencias actuales que les rechazan el concebir al humano como un ser lineal, único e independiente.

La complejidad del ser humano es indescriptible, por ello acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de los planes de cuidados, por ello el concepto de calidad de vida depende en gran parte de la concepción propia del mundo que tiene el sujeto en particular, la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera. Por eso en síntesis se recalca el valor de la interpretación que se realiza a los hechos y objetivos que se tienen en la vida y como quiere llegar a su vejez.

A los cuidadores de la salud que brindan los profesionales de enfermería mediante un proceso atención enfermero sustentado en la teoría y en los modelos donde se implementan las decisiones con sentido científico y humano donde el conocimiento y la habilidad brinden un cuidado especializado a todo el ser humano individual o en comunidad que requiera de nuestro servicio para mantener la salud en forma holística y asegurar un mantenimiento óptimo de la calidad de vida y del autocuidado.

Es indispensable la información y cultura de los individuos para que aprendan a vivir plenos y con conocimiento de causa, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales, lo obliga a decidir de su salud y la calidad de vida que quiere disfrutar.

Los debates sobre temas relacionados a nuestra salud, y a la salud de las generaciones venideras, no pueden reducirse a informes técnicos como mayor garantía de verdad. Sobre temas como medicina, ecología y trabajo hay que favorecer la sensibilización ciudadana hacia los riesgos que lleva el modelo económico occidental y elecciones que sean reflexionadas por la sociedad en su conjunto reconociendo el principio de precaución frente a posiciones tecnoentusiastas. Una contribución fundamental para una visión integral de salud, viene de las “medicinas suaves”, que recuperan un saber antiguo que entendía el hombre como entidad físico-psíquica no dividida de su entorno. En esta concepción holística, en el tratamiento se valora no sólo el síntoma sino el conjunto de la persona, que tiene que implicarse totalmente en el proceso de mantenimiento de la salud, recuperando la responsabilidad personal para la mejora de su estado físico, mental y relacional.

X.-SUGERENCIAS

Sabemos que la salud y la vida penden siempre de la calidad de vida que se lleva y en la actualidad la rapidez con que vive el hombre a pesar de que estamos llenos de ciencia y tecnología, no sabemos cuál va a ser nuestro destino final.

La falta de cultura y amor a nuestro cuerpo, aunado a los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo están ocasionando enfermedades crónicas degenerativas y gastos millonarios que pudieran evitarse con solo corregir y cambiar nuestros malos hábitos.

En una concepción holística, la salud se define a través de las relaciones y dependencias recíprocas de varios fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales, como partes interdependientes de una totalidad. Reorientar nuestra visión del mundo hacia una visión relacional de interdependencia, implica una profunda reflexión sobre el papel de la tecnología y de todas las acciones humanas que, en nombre de la eficiencia económica o del avance científico, puedan alterar el equilibrio vital entre hombre, sociedad y naturaleza. La redefinición “integral” de salud necesita la recuperación social de una concepción amplia de calidad de vida, que incluya el respeto para los ritmos biológicos, los tiempos sociales y las dimensiones emocionales del ser humano.

Las “enfermedades del progreso”, son básicamente un producto del desequilibrio social y cultural de nuestra civilización: enfermedades mentales (depresión, ansiedad), cardiovasculares (malos hábitos alimentarios, estrés, alcohol y falta de movimiento).

Una visión “sostenible” de salud debe tener en cuenta la importancia de todo factores relacionales entre el hombre y su entorno.

XI.- BIBLIOGRAFÍA

Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril
Pag 1, 2,3.

Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición.
Editorial Harcourt Brance.

ALFARO-LEFVRE R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, 3.^a ed.
Madrid: Harcourt Brace, 1996.

CAMPBELL C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos, 2^a ed. Barcelona: Doyma,
1990.

CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería, 5^a ed. Madrid: Interamericana-
McGraw-Hill, 1995.

FERNÁNDEZ C, NÓVEL G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos.
Barcelona: Masson-Salvat, 2003.

FRÍAS OSUNA A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson, 2000.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Programa de
Acción Salud Reproductiva.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7102.pdf>

Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
Antología Obstetricia I.- Cambios Fisiológicos del Embarazo. México, D.F.2008

Universidad Autónoma de México. Antología Obstetricia II. Jiménez Trujano Laura,
Mendoza Colorado Catalina, Montoya Martínez Adelina México D.F. 2006.

<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/temas/fembarazo.pdf>

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-gestantes-con-amenaza-de-parto-prematuro/3/>