



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE GINECO Y OBSTETRICIA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROYECTO
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE CON AMENAZA
DE PARTO PRETÉRMINO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
MONROY MORENO LAURA

No. CTA 4 0 0 1 0 7 8 5 7



DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN

JUNIO 2004

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Monroy Moreno

Laosa

FECHA: 14-6-2004

FIRMA: 



ÍNDICE

Introducción	1
Justificación	2
Objetivos	3
Metodología	4
1. Marco teórico	5
1.1 El cuidado Enfermero	5
1.2 Proceso de Atención de Enfermería	9
1.3 El modelo de Virginia Henderson	18
1.4 Patología de Parto Pretermino	23
2. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	34
2.1 Presentación del caso clínico	34
2.2 Valoración de las 14 necesidades	36
2.3 Diagnóstico de Enfermería en las 14 necesidades	43
2.4 Planeación Ejecución y Evaluación de los cuidados en las 14 necesidades	47

3. Plan de alta 66

Conclusiones 68

Bibliografía 70

Anexos 72

1.- Guía de Valoración

2.- Conclusión Diagnóstica de Enfermería

3.- Necesidades

4.- Hoja Obstétrica

INTRODUCCIÓN

La enfermera profesional requiere de aplicar el proceso atención de enfermería como método para brindar cuidados que le permita identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención del paciente, familia y comunidad.

Los aspectos que trata este trabajo son: el cuidado enfermero, donde se menciona desde cuando existen los cuidados, definición y como dichos cuidados deben de tener un enfoque basado en la reflexión.

El segundo tema es el proceso atención de enfermería, donde se menciona la definición, las etapas del proceso (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), así como las ventajas para la enfermera y la paciente.

El tercer tema es el modelo de Virginia Henderson, que describe las principales funciones de enfermería, las 14 necesidades y como dichas necesidades deben de satisfacerse con el fin de establecer un equilibrio físico, psicológico y social.

Con respecto a la patología se describe la definición de amenaza pretermino, los factores que influyen, el tratamiento y los cuidados de enfermería.

Se menciona un caso clínico basado en las necesidades de una paciente con amenaza de parto pretermino, donde se desarrolla cada una de las 14 necesidades.

Por último se realiza un plan de alta, mencionado las acciones que debe de realizar la paciente en su hogar, para prevenir posibles complicaciones de la amenaza de parto pretermino.

JUSTIFICACIÓN

El presente proceso atención de enfermería, que elabore se desarrollo con el modelo de Virginia Henderson ya que resulta de gran utilidad para identificar necesidades reales y potenciales, así como cuidados individuales, familiares o comunitarios para resolver, prevenir o curar la enfermedad.

El ejercicio de la práctica de enfermería exige una formación cada vez más completa que implica en profundizar en los conocimientos científicos que debe de poseer el personal de enfermería, así como de las habilidades que se han adquirido para poder aplicarlos, conjuntamente con una aptitud de ayuda y un criterio para el beneficio del paciente.

El parto prematuro o pretermino es una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, siendo causa del 50% de las muertes perinatales, y contribuye en forma importante en la morbilidad perinatal, fundamentalmente aquellas en que se producen problemas neurológicos que puedan dejar secuelas y la única posibilidad de reducirla es por medio de la profilaxis de los factores que sean susceptibles de ello.

Por lo tanto la enfermera debe contar con capacitación suficiente, además de poseer una gran responsabilidad para desarrollar sus actividades terapéuticas sin ningún problema ya que el paciente requiere de mayor atención y cuidado; lo que permite, favorecer su integridad, seguridad, bienestar, manteniendo y respetando su individualidad con tareas a desarrollar.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar las necesidades que requiere la paciente con amenaza de parto pretérmino aplicando el proceso de atención de enfermería en una semana de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson mediante una atención individualizada.

ESPECÍFICOS:

- Brindar atención de calidad y holística a la paciente con Amenaza de parto pretermino de acuerdo con las etapas del proceso de atención de enfermería.
- Lograr que la paciente participe en su cuidado mejorando la calidad de atención.
- Lograr que la familia participe en el cuidado de la paciente.

METODOLOGÍA

El presente proceso de atención de enfermería se llevo a cabo en las instalaciones del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl, en el servicio de labor, aplicado a una paciente con amenaza de parto pretermino, desarrollando cada una de las etapas del proceso.

Se inicio con la primera etapa del proceso de atención de enfermería (valoración) donde se recopilo los datos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la paciente mediante los métodos de la entrevista clínica, la observación y la exploración física, ya confirmada la información y organizada se paso a la segunda etapa (diagnóstico) donde se identifico los problemas reales y se procedió a la formulación del diagnóstico de enfermería y el planteamiento de los objetivos

Ya obtenida la información necesaria se procedió a efectuar cada una de las necesidades mediante la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.

También se consulto varias fuentes bibliográficas para la elaboración del proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería se realizó con la cooperación de la paciente, mediante el interrogatorio directo, utilizando palabras concretas, terminología sencilla y clara que ella pudiera comprender fácilmente, escuchándola atentamente sin interrumpirla y transmitiendo confianza y entendimiento a la paciente.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.- El Cuidado Enfermero

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen ya que el hombre tiene la necesidad de cuidados dado que estos permiten la continuidad de la vida y su desarrollo, lo que permite combatir la muerte.

En la conservación de la vida surgen preguntas sobre lo bueno y lo malo y a medida que los grupos sociales ratificaron su práctica de cuidados habituales, designan toda responsabilidad primero al chaman y luego al sacerdote como guardianes de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida y ellos estaban designados para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo.

Los grupos sociales comprendieron que el cuidado es indispensable en la perpetuidad de todo grupo social y en ocasiones la supervivencia del grupo social es alterada por los avances tecnológicos, socioeconómicos y culturales, dando lugar a la fragmentación de la aplicación de los cuidados donde se requieren de profesionales.

A fines del siglo XIX y comienzo del XX se consideraba a la enfermera como una simple guarda de enfermos o cuidadora. Es en París donde se crean las primeras escuelas para enfermeras de la asistencia pública (1878-1894). La enfermera se convierte en el eje del movimiento de profesionalización de la enfermería.

El concepto de cuidados de Enfermería es introducido por primera vez por Florence Nightingale quien se dio cuenta que la salud estaba influida por factores

tales como la calidad de vivienda, iluminación, calefacción y ventilación. Dedujo que se podía reducir la enfermedad poniendo en práctica un medio de saneamiento, que tenían que ser investigados y estudiados.

Es apartir de este momento que se inicia la nueva noción de las teorías de los cuidados de enfermería. Surgiendo los fundamentos que consideraban que los cuidados de enfermería deberían estar encaminados al proceso salud-enfermedad y a los factores que incidían sobre el y así hacerlos mas comprensibles y darles una base.

También con el surgimiento de las teorías de los cuidados de enfermería, se inicia la influencia de los conocimientos sobre la práctica de enfermería, de su organización y su utilización, dado que los cuidados no podían responder simplemente a la caridad, si no a un enfoque de los problemas sociales basados en la reflexión, donde las enfermeras deben adquirir por si mismos una capacidad de pensar y aplicar sus bases científicas. Para reconocer y utilizar los cuidados en diferentes situaciones, dando lugar a los roles de cada miembro, tanto cuidador como persona cuidada¹.

CUIDAR: Es una variedad de actividad dirigida a mantener, conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca, pero del mismo modo es un acto individual de reprocidad que se tiende a dar cualquier persona que requiera ayuda para asumir sus necesidades vitales.

El campo de competencia de las acciones de enfermería está dirigido a mejorar las condiciones que favorece el desarrollo de la salud, de esta manera

¹Colliere Marie Françoise Promover la unidad de la práctica de los mejores cuidadores a los cuidados de enfermería. 1er edición. Editorial Interamericana, McGraw-Hill. Pag.208.

previene y limita la enfermedad en todo aquello que permita al ser humano estar en equilibrio con su entorno, para el mantenimiento de la vida².

El proceso de cuidar tiene la finalidad de movilizar las capacidades del paciente con su entorno, para equilibrar los daños ocasionados por el proceso de la enfermedad y suplirlos cuando son insuficientes.

Como ningún campo de competencia puede estar aislado y la mayoría de las veces es una estación o una delegación de la competencia de alguien en determinadas circunstancias y en función de un medio ambiente dado, es indispensable que se establezca la interrelación entre los componentes de enfermería, de los pacientes y de los médicos, para garantizar la función cuidadora, compartiendo cada uno de ellos zonas comunes.

Los usuarios de los cuidados deben de garantizar de forma constante lo esencial de la función cuidadora, sólo en algunas circunstancias se les hace indispensable la necesidad de relegar responsabilidad en el cuidado de su salud, hay que determinar hasta que punto puede bastarse así mismo y en que terreno necesita ser sustituido.

Los cuidados para el mantenimiento de la vida son competencia de los procesos de enfermería, cada vez que un paciente es incapaz de garantizar por si solo su propio tratamiento o cuando el médico encomienda la ejecución de los cuidados complejos médicos al personal de enfermería.

² Colliere Marie Françoise. Promover la unidad de la práctica de los mejores cuidadores a los cuidados de enfermería. 1er edición. Editorial Interamericana, McGraw-Hill. Pag. 287.

El proceso de los cuidados de enfermería está enfocado en identificar la naturaleza de las necesidades vividas por una o varias personas y procede de un encuentro entre dos personas que contribuyen a una construcción propia de una situación en particular, con la ayuda de los conocimientos científicos permite comprender el significado y continuar intentando el empleo de ellas para cuidar.

El proceso de los cuidados no es lineal, donde cada aspecto contribuye constantemente al conjunto de la acción curativa, lo que permite la continuidad de la vida³.

³ Colliere Marie Françoise. Promover la unidad de la práctica de los mejores cuidados a los cuidados de enfermería. 1er. Edición. Editorial Interamericana, McGraw-Hill. Pag. 295.

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método que permite a las enfermeras proporcionar cuidados de una forma humana, lógica y sistemática donde parte de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo el cual es:

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, así como cuidados individuales, familiares o comunitarios para resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad, donde debe haber una interacción entre el personal de enfermería y el paciente.

El proceso trae ventajas tanto para el paciente como para la enfermera: Para el paciente: Participa en su cuidado, continuidad en la atención y mejora la calidad.

Para la enfermera: Se convierte en experta, satisfacción en el trabajo y crecimiento profesional por lo tanto debe tener ciertas características: dirigido a un objetivo, dinámico enfermera-cliente-familia-profesionales de la salud, flexible (adaptable en cualquier área), una base teórica ciencias y humanidades y se aplica a cualquier modelo teórico de enfermería⁴.

El proceso esta compuesto por cinco etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación las que se relacionan entre si, dichas etapas son:

⁴ Dueñas Fuente, José Raúl (2000) El Proceso de Atención de Enfermería consultado en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> El Día 06/01/04 pag. 2

VALORACIÓN

Es el proceso organizado y sistemático de recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estos incluyen al paciente, expediente clínico, o la familia y revistas profesionales.

La valoración es el procedimiento mediante el cual la enfermera recopila datos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (holístico) del paciente, lo que permite la interacción de estos factores y de esta manera identificar las limitaciones, capacidades del paciente y así ayudar a que alcance un nivel óptimo de salud.

Es indispensable que la enfermera siga un orden en la valoración de tal forma que no olvide ningún dato y así obtener la máxima información. El primer paso a seguir en la valoración, es la recopilación de la información de los posibles factores que contribuyen a la enfermedad.

En las valoraciones posteriores: se confirma la validación de la información de los problemas de salud, el análisis y comparación del grado de avance o retroceso del paciente, la continuidad del plan de cuidados y la obtención y el registro de información reciente.

Para recopilar la información, las enfermeras deben tener conocimientos científicos, habilidades técnicas, convicciones, capacidad creadora, sentido común y flexibilidad⁵.

Los métodos empleados en la obtención de datos, se realizan por medio de la entrevista clínica, en ella se obtiene la mayor información, que puede ser formal

⁵ Dueñas Fuente, José Raúl (2000) El Proceso de Atención de Enfermería consultado en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> El Día 06/01/04 pag.4

o informal. La observación y la exploración son aquellas donde se solicita la autorización del paciente para efectuarlas y se explica al paciente cual es el propósito de las mismas.

La entrevista tiene la finalidad, de recaudar la información necesaria para realizar un diagnóstico acertado, la planeación de actividades, la iniciación del ambiente terapéutico, caracterizado por el diálogo, respeto, confianza y el planteamiento de sus objetivos comunes.

Toda entrevista debe iniciar con el saludo, seguido de una presentación adecuada donde se permita la relación interpersonal positiva, cual debe tener un cuerpo donde se centre la obtención de la información. Se inicia con la exposición del motivo de la entrevista, ampliando a otras áreas (historial médico, información sobre la familia, culturales o religiosas), por ultimo para finalizar la entrevista se debe de informar al paciente del termino de la misma, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

El éxito de una entrevista depende de las cualidades que todo entrevistador debe poseer entre estas se encuentra: el comprender y transmitir lo que experimentó el paciente.

Otra forma de obtener datos para la valoración, es por medio de:

La observación: En la cual se obtienen datos, del entorno y de cualquier otra fuente de información del paciente, donde los hallazgos deben ser confirmados posteriormente.

La exploración física: Atraves de ella se obtiene una serie de datos, que permite valorar el estado de salud del individuo y determinar la eficacia de la intervención de enfermería. La exploración física, comprende desde la cabeza a los pies, por

sistemas/aparatos y por patrones funcionales de salud que emplea cuatro técnicas principales.

La inspección es la que se requiere de la utilización del sentido de la vista, olfato y oído (se valora la forma del cuerpo, características de la piel etc.)

La palpación en esta se utiliza el sentido del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel.

La percusión es donde la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de los órganos.

La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de los órganos.

Una vez recopilada la información, debe de ser validada para asegurar que los datos obtenidos sean los correctos, el registro de la información se realiza tanto en la entrevista como del examen físico⁶.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es un proceso de recopilación de datos de un problema real o en potencia del paciente, en el cual la enfermera forma parte con el objetivo de disminuirlo o resolverlo.

El cual se integra con la información obtenida por el paciente o cualquier integrante de la familia, lo que servirá a la enfermera para formar un juicio clínico sobre la salud del paciente y participar en su posterior tratamiento.

⁶ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero. 2ª. Edición Editorial Cuellar Pag. 44.

Un diagnóstico cuenta con fases, las cuales se inician con la identificación del problema donde se analizarán los datos significativos que se puedan confirmar, posteriormente se formulará el problema en el cual se tomara en cuenta si es un diagnóstico de enfermería o un problema interdependiente.

EXISTEN VARIOS TIPOS DE DIAGNÓSTICO ENTRE ELLOS SE ENCUENTRAN:

- **Diagnóstico Real:** Es el que ha sido comprobado y consta de tres partes PES:
Problema (P)
- + etiología, factores causales o contribuyentes (E)+ signos / síntomas (S).
- **Diagnóstico de Alto Riesgo:** Donde el individuo es más vulnerable a desarrollar el problema y consta de dos formatos PE: problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).
- **Diagnóstico Posible:** Un problema sospechado y consta de PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Diagnóstico de Bienestar:** Juicio clínico de una persona hacia un nivel de bienestar más elevado⁷.

Para estructurar un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte(P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con " mejor que "debido a " o "causado por ".

⁷ Dueñas Fuente, José Raúl (2000) El Proceso de Atención de Enfermería consultado en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> El Día 06/01/04 pag. 14

- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico basándose en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico.
- No mencionar signos y síntomas de la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No renombre un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos⁸.

Una vez validado los diagnósticos y problemas interdependientes pueden escribirse en los planes de cuidado, se inician con la etapa de planeación.

PLANEACIÓN

Es la tercera fase del proceso de atención de enfermería donde se establecen los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

En esta fase se desarrolla un plan de cuidados basándose en los diagnósticos detectados en el paciente, tomando en cuenta los problemas

⁸ Dueñas Fuente, José Raúl (2000) El Proceso de Atención de Enfermería consultado en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> El Día 06/01/04 pag. 23

interdependientes y así establecer prioridades en los cuidados que se van a aplicar.

Las etapas en el plan de cuidado son:

- **Establecimiento de prioridades.** Se ordena jerárquicamente los problemas detectados que pueden presentar un paciente o familia; previa selección de necesidades.
- **Planteamiento de los objetivos.** Permiten evaluar el desarrollo del paciente y los cuidados que van dirigidos a lograr el objetivo determinado.
Los objetivos se deben plantear de acuerdo con el paciente, familia y comunidad donde se establezca un compromiso mutuo entre la enfermera, familiar, paciente y comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo los recursos disponibles de la comunidad para la realización de dichos objetivos.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería.** La enfermería determinará las actividades o acciones específicas de la enfermera y/o familia realizarán para completar los objetivos. Las acciones se registran en la documentación correspondiente y deben especificar que hacer, cuando hacer, como, donde y quien ha de hacerlo.
- **Documentación y registro.** Se debe de priorizar que problemas se incluye en el plan y como tratarlo; se dará preferencia a los diagnósticos y complicaciones potenciales que se detecten en el paciente. Dando prioridad a los problemas, se procederá a elegir los objetivos de manera que la enfermera reconozca en el paciente y su familia los cambios fisiopatológicos de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual a la enfermedad, estos objetivos serán logrados a corto, mediano y largo plazo; considerando que si son

alcanzables, medibles y específicos. las actividades deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen a los problemas⁹.

Donde el paciente y la familia deben participar en las decisiones de enfermería para el logro de los objetivos. Los planes de cuidados deben tener el registro de un diagnóstico de enfermería, conteniendo objetivos, ordenes de enfermería y la consiguiente evaluación.

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del plan de cuidados donde se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La enfermera continuará con la recolección y valoración de datos, así como anotar los cuidados y dar la información verbal para mantener el plan actualizado. El paciente tendrá la responsabilidad en la ejecución de dicho plan, incluyendo a la familia y a otros miembros del equipo. Se realizaran todas las intervenciones de enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y a las necesidades asistenciales de cada persona en tratamiento.

EVALUACIÓN

Es determinar si se han conseguido los objetivos establecidos y si las acciones de enfermería han sido suficientes para resolver el problema que esta afectando al paciente. También es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente (aspectos generales y funcionales, signos y síntomas, estado emocional, etc.).

La evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente

⁹ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero. 2ª. Edición. Editorial Cuellar Pag. 86

- Relación de los objetivos marcados
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones

La evaluación es continua, detecta como va evolucionando el paciente, realiza ajustes y modificaciones para la atención directa del paciente¹⁰.

¹⁰Dueñas Fuente, José Raúl (2000) El Proceso de Atención de Enfermería consultado en <http://www.terra.espersonal/duenas/pae.htm> El Día 06/01/04 pag. 27

1.3 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, ingresó en 1918 a la escuela de enfermería del ejército en Washington y se graduó en 1921, ocupó cargos de docente, supervisora pedagógica e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería. Reinscribió la quinta y la sexta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, en el describe el concepto sobre la función de la enfermería, dicho texto ha formado parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería. Se ha traducido en más de 25 idiomas. Virginia Henderson se ha hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales y fue elegida miembro honorario de American Academy of Nursing. En 1988 recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación. Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

Henderson fue influenciada por varias teóricas como Annie W. Goodrich, Caroline Stackpole, Ida Orlande, etc., donde se menciona la importancia de mantener el equilibrio fisiológico, importancia de la higiene y la asepsia, y el objetivo del esfuerzo de rehabilitación era recuperar la independencia del paciente.

Virginia definió los principales conceptos y definiciones de enfermería, paciente, salud y entorno:

Enfermería. Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos y actuar como miembro de un equipo médico donde participa al margen del médico pero apoya su plan, también debe tener nociones de geología y de sociología, y de este modo poder valorar las necesidades humanas.

Paciente debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional, donde el cuerpo y la mente no se puedan separar y requiere ayuda para conseguir la independencia,

donde el paciente y la familia constituyen una unidad. Las necesidades del paciente están incluidas en 14 componentes de enfermería.

Salud es la calidad de vida, siendo fundamental para el funcionamiento humano y requiere independencia e interdependencia.

Entorno. Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad y es en esta etapa que la enfermera debe implementar aspectos de seguridad, ya que debe proteger a los pacientes de lesiones mecánicas y reducir al mínimo los accidentes, también debe conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos¹¹.

Henderson menciona que la relación enfermera-paciente va desde una relación muy dependiente a la práctica independiente y que siempre trabajan por un objetivo que es mantener la vida y favorecer la salud.

También existe la relación enfermera- médica donde la enfermera tiene una función deferente de la de los médicos. El plan asistencial por la enfermera debe aplicarse de forma que se promueva el plan prescrito por el médico.

Como miembro del equipo sanitario la enfermera trabaja de forma independiente, y con otros profesionales sanitarios se ayudan mutuamente y no deben realizar tareas ajenas.

¹¹ Marriner Tomey Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª. Edición. Editorial Harcourt-Brace. Pag. 102

En la investigación se menciona que las enfermeras deben adquirir el hábito de búsqueda y acudir a los libros para mejorar el ejercicio de su profesión¹².

El modelo de Virginia Henderson se define como: la organización de los cuidados enfermeros basados en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona con el fin de lograr una independencia donde el rol de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo al mantenimiento y a la recuperación de la salud mediante actividades que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos. El modelo señala 14 necesidades fundamentales las cuales son:

Respirar normalmente.

Comer y beber de forma adecuada.

Evacuar los desechos corporales.

Moverse y mantener una postura adecuada.

Dormir y descansar.

Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse)

Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

Mantener la higiene corporal, un buen aspecto y proteger la piel.

Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.

Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.

Actuar con arreglo a la propia fe.

Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.

Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.

¹² Marriner Tomey Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª. Edición. Editorial Harcourt-Brace. Pag. 107

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal y acudir a los centros sanitarios disponibles¹³.

Henderson define la necesidad como la exigencia vital que debe satisfacerse con el fin de conservar un equilibrio físico, psicológico, social o espiritual donde puedan presentarse dificultades de tipo psicológico, sociocultural, espiritual, y de naturaleza física o estar relacionados con el entorno.

La independencia es la capacidad de realizar acciones por si mismo el paciente para satisfacer sus necesidades.

Dependencia es la incapacidad para realizar por si mismo acciones para satisfacer sus necesidades.

No siempre se pasa rápidamente de la dependencia a la independencia, por lo que la enfermera debe reforzar su motivación hacia el paciente. La enfermera debe ocuparse en primer lugar de una necesidad cuya insatisfacción, ponga en peligro la vida del paciente, comprometa la seguridad de la persona, ocasione un nivel importante de dependencia que se refleje en las otras necesidades, (una restricción de la movilidad).

Tenga unas secuelas indeseables (la inmovilidad), provoque incomodidad (un ataque a la integridad de la piel), pueda atentar contra el derecho a la información (necesidad de aprender).

Corresponde a la enfermera ayudar a la persona a aceptar su limitación a adaptarse a sus circunstancias y conquistar su autonomía.

¹³ Marriner Tomey Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª. Edición. Editorial Harcourt-Brace. Pag. 102

El modelo de Virginia Henderson defiende el papel autónomo de la enfermera donde señala que la enfermera ejerce funciones que le son propias y que cuando usurpa el rol del médico descuida sus funciones y que la persona y la sociedad espera un servicio especial por parte de la enfermera, así mismo tiene mucho de toma de conciencia y de responsabilidad individual.

Las 14 necesidades actualmente se caracterizan de la siguiente manera:

Necesidad de Oxigenación

Necesidad de Nutrición e hidratación

Necesidad de Eliminación

Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Necesidad de Descanso y sueño

Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas

Necesidad de termoregulación

Necesidad de Higiene y protección de la piel

Necesidad de Evitar los peligros

Necesidad de Comunicarse

Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Necesidad de trabajar y realizarse

Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas

Necesidad de Aprendizaje¹⁴.

¹⁴ Fernández Fermín Carmen. El proceso de Atención de Enfermería. 1ª. Edición. Editorial Masson-Salvat. Pag.4

1.4.- PATOLOGÍA DE PARTO PRETÉRMINO

PARTO PRETERMINO

El diagnóstico y la prevención del parto pretérmino constituyen un objetivo primordial en obstetricia. A menudo se ve complicado por la dificultad de reconocer el verdadero parto pretérmino y diferenciarlo de un posible episodio de contractilidad uterina, siendo indispensable recordar los siguientes términos.

La duración media de la gestación en el humano es alrededor de 40 semanas o sea 280 días, considerando embarazo a término a la gestación entre la semana 38 y la semana 42. El embarazo prolongado es aquel que tiene una duración de más de 42 semanas.

El parto se define como el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, el producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

Trabajo de parto: Cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficientes para causar borramiento y dilatación del cuello uterino, ocasionando la expulsión del tapón mucoso y termina con la expulsión del feto.

Parto prematuro o pretérmino:

Es una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, se considera que el parto prematuro es el nacimiento del producto con una edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, y cuando el feto alcanza mayor de 500 g. Pero menor de 2.500 g. de peso al nacer.

Siendo causa del 50% de las muertes perinatales y contribuye en forma importante en la morbilidad perinatal, con una frecuencia de 4 a 15%.

Etiología: se desconoce la etiología del parto pretérmino aunque parecen contribuir factores de alto riesgo, factores con riesgo alto y factores con bajo riesgo, que influirían sobre la contractilidad del músculo liso del útero.

No se conocen de forma concluyente los mecanismos por los cuales actúan estos factores pero interfieren uno de los siguientes aspectos.

- Liberación de oxitocina: donde el feto que tiene sufrimiento fetal presenta meconio en el líquido amniótico donde hay un mayor contenido de oxitocina.
- Alteración en los niveles hormonales que al parecer influyen sobre la contractibilidad uterina (progesterona), permite que se inicie el trabajo de parto.
- Producción de prostaglandinas, que actúan como receptores miométriales de membrana para distintas hormonas.
- La reducción del flujo sanguíneo útero-placentario se acompaña del aumento de la actividad uterina¹⁵.

FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO DE ALTO RIESGO

- Antecedentes de parto prematuro
- Gestación múltiple
- Intervención quirúrgica abdominal
- Polihidramnios y oligohidramnios severos
- Antecedentes de abortos en el segundo trimestre
- Infección bacteriana sistémica aguda
- Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo

¹⁵ Kennet R. Niswander. Manual de Obstetricia. 3ª edición. Editorial Salvat. Pag. 399

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Diabetes mellitus no controlada

CON RIESGO ALTO O INTERMEDIO

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

CON BAJO RIESGO

- Estado socioeconómico bajo
- Edad de 16 a 20 años o mayor de 40
- Intervalo menor de dos años entre gestación y gestación
- Abortos repetidos en el primer trimestre
- Trabajo extenuante
- Fibromas uterinos
- Presentación pélvica después de la semana 30

- Enfermedad Cardiovascular o renal crónica
- Falta de atención prenatal, viajes, embarazo no deseado
- Anemia, con hemoglobina menor a 11g¹⁶.

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Es la aparición de contracciones uterinas aumentadas en frecuencia, intensidad y duración acompañadas de modificaciones cervicales mínimas antes de la semana 37.

El diagnóstico de amenaza de parto prematuro comprende:

La corroboración de la edad gravídica pretérmino por amenorrea o por ultraecsonografía. La presencia de contracciones uterinas irregulares en intensidad, pero con una frecuencia mayor a 6 en una hora, cólicos expulsión de moco claro o sanguinolento, sangrado genital y manchas, sensación de pesantes pélvica, cólico intestinal, modificaciones cervicales mínimas (borramiento o inicio de dilatación en el orificio interno).

Tratamiento de las pacientes con alto riesgo de trabajo de parto prematuro:

- Consulta semanal después de la semana 20 a la 24 de gestación
- Informar los signos y síntomas del trabajo de parto
- Exploración quincenal utilizando la clasificación de bishop modificada (dilatación, borramiento, consistencia, posición y altura de la presentación)
- Se debe hacer un registro cardiotocografico externo durante una o dos horas
- Reposo relativo en cama
- Abstinencia sexual

¹⁶ Ramírez Alonso Felix. Obstetricia para la Enfermera Profesional. 1^a. Edición. Editorial Manual Moderno. Pag 230.

Los casos en los que esta contra indicada la inhibición de la amenaza son: la ruptura de membrana, las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, la diabetes descompensada, los fetos muertos o con malformaciones graves, Preeclampsia severa o Eclampsia, cardiopatías, el trabajo de parto avanzado.

Ya tomada la decisión de inhibir el trabajo de parto prematuro se tomaran las medidas siguientes:

- Manejo intrahospitalario de la paciente
- Determinación de la edad gravídica, modificaciones cervicales y del estado de las membranas ovulares.
- Paciente con contracciones uterinas menores de 6 en una hora de poca intensidad y sin modificaciones cervicales, se mantendrá en reposo en decúbito lateral y si el cuadro mejora podrá embiarce a su casa con indicaciones de reposo y de abstinencia sexual.

Paciente con una contractilidad uterina mayor, pero que no alcanza 4 cm de dilatación se iniciará la útero-inhibición, con reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, administrando una carga intravenosa inicial de 300ml de solución glucosada con vigilancia de signos vitales, frecuencia cardiaca fetal y control de laboratorio (BH, EGO Y QS)

Posteriormente se valora el empleo de fármacos β -adrenérgicos y los inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas.

De los β -adrenérgicos los más frecuentes es la orciprenalina y la terbutalina.

La orciprenalina por vía parenteral endovenosa, a la dosis de 4 ampulas en una solución glucosada al 5% de 1000ml a pasar 10 gotas por minuto su mecanismo de acción es de inhibir la contractibilidad de la fibra muscular lisa.

La terbutalina: se administra en 0,25 mg por vía subcutánea cada 6 hrs en un máximo de 2 dosis, se añades 2,5 mg orales cada 2 o 4 hrs durante el tiempo necesario para suprimir las contracciones uterinas

Por lo que respecta a los fármacos inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas, los más usados son la indometacina, y el naproxeno.

Se inicia con la aplicación de 100mg de indometacina rectal por un periodo no mayor de 24hrs, inhibiendo la dinámica uterina.

Esta contraindicada en diabetes, hipertiroidismo, infecciones amnióticas, placenta previa y desprendimiento prematuro.

Estos medicamentos producen taquicardia palpitaciones, mareos, cefaleas, hipoglucemia, arritmias cardiacas en la madre.

En el feto presenta; taquicardia, hipotensión arterial, hipoglucemia, hipocalcemia, íleo paralítico e incluso la muerte.

Cuando se están utilizando estos fármacos la presión arterial, la frecuencia cardiaca materna y fetal deben vigilase cada 15 minutos durante la primera hora y posteriormente cada 30 minutos.

En los embarazos menores de 32 semanas se administra dexametaxona a 6mg intramuscular cada 12 hrs, 4 dosis para la madures pulmonar.

Es conveniente tratar de llevar el embarazo cuando menos a la semana 34 en atención a los beneficios de un mayor crecimiento fetal, mejorar desarrollo intrauterino y mayor madures pulmonar.

Manejo del trabajo de parto prematuro:

- Hay que tomar en cuenta que el recién nacido prematuro, puede sufrir el síndrome de insuficiencia respiratoria, por lo que hay que utilizar lo más tempranamente posible un inductor de la maduración pulmonar.
- Por lo que se refiere al método de resolución y tomando en cuenta la edad del embarazo se deben seguir los siguientes criterios.

En los embarazos menores a las 26 semanas se atenderán el parto por vía vaginal, evitando la asfixia intraparto y los traumatismos.

En los embarazos de 26 a 31 semanas se recomienda practicar cesárea, previa valoración del futuro obstétrico.

En la gestación de 33 a 42 semanas y el producto en presentación Cefálica se atenderá por vía vaginal.

Atención del parto prematuro por vía vaginal:

El trabajo de parto prematuro tiene los mismos tres periodos que el trabajo de parto es decir, borramiento, dilatación, expulsión y alumbramiento donde se requiere de una vigilancia estrecha de las contracciones uterinas y de la frecuencia cardiaca fetal y la analgesia será mediante un bloqueo peridural.

El bloqueo peridural es en la actualidad el mejor método de analgesia-anestecia en el parto prematuro y que nos permite controlar el dolor durante el

trabajo de parto y nos da una anestesia adecuada para la resolución del periodo expulsivo¹⁷.

Características del prematuro:

Cuanto más cerca del término del embarazo nace el producto, más se parece al recién nacido normal. La longitud del prematuro es menor de 47.5 cm; su cabeza es redonda y, comparada con su cuerpo, grande. Tiene los ojos grandes y parecen sobresalir de su cara pequeña.

La piel del prematuro es roja, arrugada y tan delicada y delgada que se pueden ver claramente los principales vasos sanguíneos. Su cara, brazos y espalda están cubiertos de lanugo. Debido a sus músculos subdesarrollados, está propenso a sufrir hernias.

Los órganos internos del prematuro pueden estar poco desarrollados y es difícil o imposible que sobreviva fuera del útero.

El aparato respiratorio es inmaduro y los pulmones están poco dilatados lo que hace que su respiración sea rápida, superficial y difícil. La respiración suele agotarlo al grado que puede presentar apnea. El llanto del prematuro es con frecuencia, débil y quejumbroso.

Puede ocurrir hemorragia con facilidad, debido a que sus vasos sanguíneos son débiles y frágiles. Puesto que su mecanismo regulador de temperatura es inmaduro y tiene muy poca grasa debajo de la piel, su temperatura es inestable.

¹⁷ Ramírez Alonso Felix. Obstetricia para la Enfermera Profesional. 1ª. Edición. Editorial. Manual Modemo. Pag 234.

Su estómago es estrecho y vertical, y los esfínteres no están completamente desarrollados, por lo que tiende a regurgitar sus alimentos. La regurgitación es muy peligrosa por que el material puede aspirarse y penetrar en los pulmones, y ocasiona ahogo o infección. La tendencia de los prematuros a la distensión abdominal y al estreñimiento se debe a disminución del peristaltismo del tubo digestivo y a debilidad y escaso desarrollo de los músculos abdominales. La sobrealimentación puede causar diarrea.

El sistema nervioso es inmaduro y, como resultado, pueden faltar los reflejos nauseosos, de succión y deglución, que aumenta el problema de su alimentación; puede estar indiferente e inactivo¹⁸.

La premadures tiene un alto índice de mortalidad neonatal y por eso hay que hacer profilaxis con una buena atención y una vigilancia medica prenatal especializada, con lo que se evita las secuelas neurológicas que quedan en los recién nacidos y que les afectaran en el crecimiento y desarrollo de su vida futura.

Profilaxis de la prematurez

La única posibilidad de disminuir la alta mortalidad perinatal de vida a prematurez así como el elevado número de secuela neurológicas, es precisamente disminuir la frecuencia de parto prematuro, lo cual se puede lograr asiendo profilaxis de los factores que se han susceptible de ellos como son:

- Dieta equilibrada, rica en proteínas con mayor aporte de hierro y vitaminas en las mujeres embarazadas.
- Vigilancia medica prenatal especializada
- Abstinencia del tabaquismo
- Estimación de volumen cardiaco si es menor de 500 ml, recomendar reposo

¹⁸ Doris C. Berthea. Enfermería Materno Infantil. 4ª edición. Editorial Interamericana. Pag. 398

- Hospitalización y manejo especializado en los casos de toxemia, cardiopatía, nefropatía y diabetes, con el objetivo de mejorar las condiciones de la paciente y posponer al máximo la interrupción de la gestación
- Tratamiento conservador al máximo de la placenta previa.
- Detección y tratamiento de las bacteriurias asintomáticas.
- Reposo en la gestación múltiple.
- Uso de inhibidores de la contractibilidad uterina en la amenaza de parto prematuro.
- Una valoración adecuada del peso de los productos al practicar una interrupción electiva de la gestación¹⁹.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Prevención de parto prematuro

Si la paciente está en trabajo de parto prematuro, se ingresa al hospital y se coloca en reposo, en decúbito lateral, se valoran las contracciones e irritabilidad uterina cada una a dos horas, se valora la consistencia (suave o dura), dilatación y borramiento del cuello, se vigilan los síntomas para determinar si se exacerban o aminoran, se aplica venoclisis si existe la posibilidad de administrar fármacos, se vigilan ingresos y egreso.

Después de que cesen las contracciones y se estabiliza el estado de la paciente, puede darse de alta y proseguir con lo siguiente con el fin de evitar posibles recaídas, seguir en reposo en cama, mejorar el estado nutricional; administrar complementos de vitaminas y hierro, valorar el grado de actividad acostumbrado y limitado si es necesario en el momento en que regrese a la actividad, cualquier enfermedad crónica debe vigilarse estrechamente; los

¹⁹ A.M.H.G.O. No. 3. Ginecología y Obstetricia. 2ª edición. Editorial IMSS. Pag. 532

padecimientos agudos deben tratarse de inmediato, se recomienda mucho un cambio en el estilo de vida si éste tuvo algo que ver con el parto prematuro, se le dan instrucciones a la paciente de notificar al médico si vuelven a presentarse síntomas de trabajo de parto prematuro, se efectúan visitas prenatales semanales por el resto del embarazo.

Educación de la paciente.

Informar cuáles son los síntomas del trabajo de parto prematuro, contracciones uterinas regulares durante más de una hora en reposo, cólicos uterinos constantes o intermitentes, o dolor en los muslos, dolor sordo de espalda, cólicos intestinales, alteración en el exudado vaginal, ruptura de membranas, informarle que es importante evitar el estrés y las actividades extenuantes; reposar lo suficiente, ayudarla a programar una dieta nutritiva y comprender la relación que guarda con el trabajo de parto prematuro, ayudarla a cambiar su estilo de vida para evitar una recurrencia, enseñarla a reconocer las contracciones uterinas y a tomar el tiempo en que se presentan, platicar con ella de la importancia de restringir o abstenerse del coito si éste provoca contracciones uterinas.

Reducir la ansiedad que produce el temor del parto prematuro

conversar con la mujer acerca de los cambios en los cuidados de la salud para evitar el trabajo de parto prematuro, comentar cómo estos cambios le dan a la mujer cierto control sobre el desenlace del embarazo, subrayar que en algunos casos se desencadena el parto no obstante todos los cuidados médicos, proporcionar apoyo y aliento en cada visita prenatal²⁰.

²⁰ Brunner y Sudarth. Manual de la Enfermera. 4ª edición. Editorial Interamericana. Pag. 1185-1186

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

NOMBRE : M.R.P. Edad 22 años

Edo. Civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Hogar

Grupo : RH. O+

Talla : 1.52

Peso: 67.5kg

Fecha de ingreso: 6/02/04

Dx Médico: Amenaza de Parto Pretermino de 30 SDG

Paciente que ingresa al hospital ISSEMYM NEZA por el servicio de urgencias, posteriormente a labor.

Originaria y residente de CD Nezahualcoyotl es la tercera de 5 hermanas vive en zona urbana, en vivienda propia de concreto, cuenta con dos habitaciones. Hábitos higiénicos: Baño diario, con cambio total de ropa, aseo bucal dos veces al día en los hábitos alimenticios realiza tres comidas al día con carne 3 veces a la semana, leche 5 veces a la semana, 1 huevo a la semana, fruta 4 veces a la semana, verduras 3 veces a la semana, tortilla 3 diarias, pan 2 al día, agua 1 o 2 vasos al día.

Antecedentes patológicos sin importancia con esquema completo de vacunación.

Con respecto a los antecedentes ginecológicos a presentado 1 embarazo, 0 abortos, fondo uterino de 25cms, situación del producto longitudinal, presentación: Cefalica, frecuencia cardiaca fetal 134 por minuto, ritmo regular, respuesta fetal reactiva los signos vitales de la paciente son temperatura 36.5, presión arterial 100/70, frecuencia cardiaca 86 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto.

A la exploración física: se observa consciente, inquieta, cooperadora, cabeza sin alteraciones, cuello y tórax sin datos patológicos, senos mamarios útiles para lactancia, abdomen globoso a espesas de útero gestante con ligeras contracciones y sangrado transvaginal escaso, extremidades sin alteraciones, piel semi-hidratada.

Menciona que el jueves realizó varias actividades y que tuvo un disgusto muy fuerte y en la madrugada presento sangrado llegando a manchar una toalla obstétrica por lo cual acude inmediatamente al hospital donde se canaliza y se deja en reposo absoluto, con tratamiento de indometacina supositorio rectal cada 12 hrs, ampicilina 1g cada 6 hrs, con solución glucosada al 5%/1000 para 8hrs. se solicita exámenes de laboratorio. QS, BH, TP, TPT, EGO. Los cuales se reportan normales, excepto el EGO reporta infección urinaria.

2.2. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

2.2.1.1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

La señora refiere que le falta aire, que no fuma y que llega a tener problemas de respiración cuando realiza sus actividades domésticas, pero principalmente cuando se acuesta en decúbito dorsal, sus vías respiratorias presentan buena coloración e hidratación; frecuencia de respiración 32 por minuto y frecuencia cardiaca de 86 por minuto.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	x

2.2.1.2. NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

La paciente refiere que consume tres comidas al día. En el desayuno leche y pan, en la comida sopa y guisado con muy poca ingesta de agua, llega a presentar complicaciones digestivas. En la cena un vaso de leche y pan, presenta piel y mucosas semi-hidratada, palidez de encías y dentadura completa.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	x

2.2.1.3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Sus hábitos de eliminación: Evacuación cada tercer día con características duras, no ingiere ningún tipo de laxante, sin poseer hemorroides, con micción de 8 a 9 veces durante el día y una nocturna, abdomen globoso a expensas de útero gestante, movimientos peristálticos normales, y ardor al orinar.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	x

2.2.1.4. NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

La paciente refiere que se fatiga al caminar y al realizar sus actividades cotidianas, presenta ardor en la espalda por mala postura causada por el peso del producto, en su tiempo libre teje y su hábito es recostarse y ver televisión. En su estancia en el hospital comenta que se cansa al estar en una sola posición.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	X
Dependiente	(D)	

2.2.1.5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

La paciente duerme 8 horas continuas, por la tarde descansa entre 1 y 2 horas. Presenta ocasionalmente insomnio por causa del embarazo. En la entrevista se muestra cooperadora con bostezos ya que las contracciones, las actividades de los médicos y enfermeras no le permite conciliar el sueño.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	x
Dependiente	(D)	

2.21.6. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

No Influye su estado de ánimo en la elección de prendas de vestir, la paciente refiere que prefiere usar pantalones y bata y que le cuesta trabajo vestirse y desvestirse por si sola por lo cual solicita apoyo a su cónyuge.

Necesidad

Independiente	(I)	x
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	

2.2.1.7. NECESIDADES DE TERMOREGULACIÓN

No presenta cambios en la temperatura corporal dado que se adapta a los diferentes tipos de clima, su ejercicio consiste en caminar durante las actividades del hogar, sábados y domingos realizar pequeñas caminatas acompañada de su cónyuge, su vivienda cuenta con buena ventilación, paredes de ladrillo, techo de loza, cuenta con todos los servicios públicos.

Necesidad

Independiente	(I)	x
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	

2.2.1.8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

La paciente refiere que su higiene es diaria con cambio de ropa total, con higiene bucal dos veces por día, lavado de manos antes de consumir algún alimento y después de ir al baño, no tiene creencias religiosas que limite hábitos higiénicos. Se observa un buen aspecto de higiene, piel seca, en abdomen presenta estrías, no presenta halitosis y cabello peinado y arreglado.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	x
Dependiente	(D)	

2.2.1.9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Su familia se compone de su cónyuge y ella. Ante una situación de urgencia se angustia y se desespera, teniendo episodios de llanto, la paciente conoce las medidas de protección en el hogar y en el trabajo, acude cada mes a su control de embarazo, canaliza las situaciones de tensión en su vida y solicita ayuda a su progenitora. No presenta deformaciones congénitas, las condiciones del ambiente en su hogar son estables. En la entrevista la paciente esta inquieta por el estado en que se encuentra en ese momento, ya que presenta ligero sangrado transvaginal y actividad uterina.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	x

2.2.1.10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

La paciente se encuentra casada desde hace dos años, vive sola con su cónyuge, el rol de la estructura familiar es de esposa, compañera y ante alguna situación de estrés le comunica a su esposo o su mamá, por lo general se encuentra sola la mayor parte del día, la paciente habla claro, no presenta problemas de visión o audición. La comunicación en esos tres días que se encuentra en el hospital no ha sido clara, sincera y piensa que los médicos y su cónyuge le ocultan información referente a su amenaza de parto.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	x
Dependiente	(D)	

2.2.1.11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Su religión es católica y no le genera conflictos personales con nadie, espera fomentarle la religión católica a su hijo, piensa que los principales valores de una familia son: el respeto, la honradez, la honestidad. Es congruente en su forma de pensar con su forma de vivir.

Los hábitos de vestir no influyen en su grupo social o religioso ya que viste de acuerdo a su edad y a su estado actual de embarazo, si permite el contacto físico con un saludo de mano y un beso en la mejilla al despedirse.

Necesidad

Independiente	(I)	x
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	

2.2.1.12. NECESIDADES DE TRABAJAR Y RELACIONARSE

Trabaja en el hogar y ocasionalmente en la costura, está satisfecha con su trabajo y el rol que desempeña. Su remuneración le permite ayudar a su esposo a cubrir las necesidades básicas, Su estado emocional es de momento inquieta.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	x

2.2.1.13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Le gusta ir al cine, ver televisión en su tiempo libre, las situaciones de estrés no influyen en la satisfacción de su necesidad, existen parques, deportivos y cines en su comunidad.

Ella se observa con buena integridad del sistema neuromuscular, es participativa y comenta que al nacer su hijo será su prioridad la cual la realizara con gran agrado.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	x

2.2.1.14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Estudio preparatoria y medio año de modista profesional, le gusta leer y aunque existan bibliotecas en su comunidad no asiste a ellas. Su sistema nervioso se encuentra consiente, bien orientada, y casi nunca olvida cosas y recuerda lo que hizo un día anterior. En su memoria remota recuerda algunas vivencias de su infancia y adolescencia.

Necesidad

Independiente	(I)	
Parcialmente dependiente	(PD)	
Dependiente	(D)	x

2.3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LAS 14 NECESIDADES

2.3.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE OXIGENACIÓN

Alteración de la frecuencia respiratoria relacionado con el estado gravídico de la mujer embarazada manifestado por, angustia e irritabilidad.

2.3.2. DIAGNÓSTICO DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Déficit en la ingesta de líquidos relacionado con un aporte insuficiente, manifestado por piel, mucosas orales semi-hidratadas y palidez de tegumentos

2.3.3. DIAGNÓSTICO DE ELIMINACIÓN

Alteración en el mantenimiento de salud relacionado con estreñimiento e infección urinaria, manifestado por heces de consistencia dura y ardor al orinar.

2.3.4. DIAGNÓSTICO DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Deterioro de la movilidad y mala postura relacionado con el embarazo de 30 semanas, manifestado por la falta de energía o incapacidad de mantener el nivel habitual en la actividad física.

2.3.5. DIAGNÓSTICO DE DESCANSO Y SUEÑO

Deterioro del patrón de sueño relacionado con factores internos (contracción uterina) y factores externos (medio ambiente) Manifestado por dolor, bostezos y ojeras y pocas horas de sueño efectivo.

2.3.6. DIAGNÓSTICO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Déficit de autocuidado relacionado con la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestirse, manifestada por incapacidad de abrocharse la ropa y ponerse las prendas en la región inferior del cuerpo.

2.3.7. DIAGNÓSTICO DE TERMOREGULACIÓN

No tiene problemas de variabilidad de temperatura ya que esta es normal.

2.3.8. DIAGNÓSTICO DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Alteración de la epidermis relacionado por una mala hidratación de la piel y por el crecimiento abdominal en el embarazo manifestado en piel seca y estrías.

2.3.9. DIAGNÓSTICO DE EVITAR LOS PELIGROS

Alteración del embarazo relacionado con la amenaza de parto pretermino, manifestado por sangrado transvaginal y actividad uterina.

2.3.10. DIAGNÓSTICO DE COMUNICACIÓN

Deterioro de la comunicación relacionado con la falta de información por parte de la paciente y el personal médico manifestado por el temor a expresar los sentimientos verbales.

2.3.11. DIAGNÓSTICO DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

No tienen problemas de acuerdo con sus creencias, profesa la religión católica, sus patrones de conducta son respeto, honradez y la honestidad.

2.3.12. DIAGNÓSTICO DE TRABAJAR Y RELACIONARSE

Alteración del desempeño del rol relacionado con el estado de salud de la paciente manifestado por dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requerida.

2.3.13. DIAGNÓSTICO DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Déficit de actividad recreativa y relacionado por el internamiento en el hospital manifestado por los pasatiempos habituales que no puede realizar en el hospital.

2.3.14. DIAGNÓSTICO DE APRENDIZAJE

Déficit de conocimiento relacionado con una falta de conocimiento sobre la amenaza de parto prematuro manifestado por búsqueda de la información.

2.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LAS 14 NECESIDADES

2.4.1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico de enfermería

Alteración de la frecuencia respiratoria relacionado con el estado gravídico de la mujer embarazada manifestado por, angustia e irritabilidad.

Objetivos

Restaurar la función respiratoria por medio de la administración de oxígeno para permitir una adecuada ventilación pulmonar.

Acciones

- Observar y examinar a la paciente en busca de signos y síntomas de problemas respiratorios como disnea y bradicardia.
- Administrar oxigenación de 2 a 3 litros por minuto a través de puntas nasales.
- Mantener el libre tránsito de las vías respiratorias, mediante la posición de semifowler de cubito lateral izquierdo.
- Enseñar a la paciente técnicas de relajación y respiración torácica.
- Registrar la frecuencia cardíaca fetal cada hora por medio del estetoscopio de pinar o el DOPTONE, ya que un déficit en el abastecimiento de oxígeno a nivel celular se presenta el sufrimiento fetal.
- Dar ideas a la paciente para conservar su energía para favorecer una buena oxigenación:
- Indicar a la paciente que siempre que sea posible programe periodos de reposo y distribución de actividades.

Fundamentación

- La vigilancia permite detectar oportunamente el deterioro del estado respiratorio o complicaciones.
- El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad.
- El libre tránsito de las vías respiratorias es básico para la respiración, favorece la oxigenación y es fundamental en el inicio de la relajación.
- Los latidos del feto tienen una frecuencia cardiaca entre 120 a 160 por minuto, rítmicos, de buena intensidad y la alteración de estas cifras nos puede ofrecer los primeros datos para el diagnóstico del sufrimiento fetal.
- El temor a la falta de aire puede aumentar la angustia.
- Puede evitarse el desgaste energético excesivo distribuyendo las actividades dejando suficiente para recuperarse entre una y otra ya que la actividad aumenta la necesidad del oxígeno
- Los periodos de reposo dan al cuerpo un periodo de bajo gasto energético, reduce el consumo de oxígeno y disminuye el riesgo de hipoxia aumentando la tolerancia a la actividad

Evaluación

Con la colaboración de la paciente se controló la alteración de la frecuencia respiratoria y se evitó las complicaciones por medio de la instalación de puntos nasales.

2.4.2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de enfermería

Déficit en la ingesta de líquidos relacionado con un aporte insuficiente, manifestado por piel, mucosas orales semi-hidratadas y palidez de tegumentos.

Objetivos

Restauración del equilibrio de líquidos y electrolitos a través de la administración y control de ingresos de soluciones.

Acciones

- Administración de líquidos parenterales, solución de glucosa al 5% de 1000 ml c/8hr.
- Observar y explicar a la paciente en busca de signos y síntomas de deshidratación (sed, sequedad de piel y mucosas).
- Proporcionar líquidos orales y asegurar la ingesta de 2000-3000 ml al día.
- Informar a la paciente sobre sus beneficios de la ingesta de líquidos.

Fundamentación

- Los electrolitos contribuyen a mantener la relación de presión osmótica.
- Cualquier amenaza contra los signos vitales de la paciente pone en riesgo la vida de esta y del producto.
- Se debe proporcionar un ingreso de líquidos adecuados de acuerdo con las indicaciones médicas y con las necesidades de la paciente.
- La información de las medidas de hidratación puede originar conductas de autocuidado.

Evaluación

El objetivo se cumplió paulatinamente con la administración de las soluciones parenterales y la ingesta de líquidos.

2.4.3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de enfermería

Alteración en el mantenimiento de salud relacionado con estreñimiento e infección urinaria, manifestado por heces de consistencia dura y ardor al orinar.

Objetivos

Mejorar la función de eliminación y la infección urinaria a través de una dieta rica en fibra y la administración de antibiótico.

Acciones

- Observar características de la evacuación.
- Determinar cual es el patrón de eliminación intestinal.
- Ofrecer una dieta rica en fibra y una ingestión normal de líquidos
- Explicar a la paciente la fisiología de la defecación y la importancia de atender el reflejo de la defecación.
- Medir la ingesta de líquidos y diversos síntomas de retención de líquidos.
- administración de ampicilina un gramo cada 6 hrs por vía intravenosa (previa prescripción médica) para controlar la infección urinaria.

Fundamentación

- La valoración de las características de las evacuaciones, el patrón de eliminación intestinal nos permiten conocer el problema y evaluar la respuesta a los cuidados.
- La ingestión de líquidos y los alimentos ricos en fibra contribuyen a la eliminación intestinal, al hidratar y dar consistencia a las heces.
- El conocimiento sobre la fisiología de la defecación posibilitara que la paciente valore la importancia de la defecación
- El volumen del líquido extracelular influye sobre la tensión arterial la cual es controlada en partes por los riñones.

- Las infecciones urinarias representan una de las patologías más comunes en la mujer durante la gestación y si no son controladas adecuadamente pueden tener una participación significativa en la mortalidad materno fetal.
- La infección urinaria se puede extender y llegar a provocar estados sépticos, además puede desencadenar contracciones uterinas y presentarse el parto prematuro.

Evaluación

- La paciente ingirió mayor cantidad de líquidos y alimentos ricos en fibra mejorando su función de eliminación intestinal.
- La infección urinaria se está controlando con la ingesta de líquidos y antibiótico.

2.4.4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Diagnóstico de enfermería

Deterioro de la movilidad y mala postura relacionado con el embarazo de 30 semanas, manifestado por la falta de energía o incapacidad de mantener el nivel habitual en la actividad física.

Objetivos

- Lograr que mantenga la posición adecuada para su caso con el mínimo de molestias que incrementen su necesidad, por medio de cambios frecuentes de posición.
- Valorar el grado de actividad acostumbrado y evitarlo si es posible.

Acciones

- Se coloca a la paciente en reposo en decúbito lateral izquierdo.

- aconsejar a la paciente que descanse sobre un costado para reducir la presión abdominal.
- Realizar ejercicios de vasculación de la pelvis, en posición semifowler, con la elevación de miembros inferiores y un masaje suave en la espalda.
- Cambios de posición de 5 a 10 minutos en decúbito lateral derecho y dorsal.

Fundamentación

- Una posición adecuada favorece la frecuencia cardíaca fetal.
- La posición de decúbito lateral incrementa el riesgo sanguíneo renal y uterino que favorece la diuresis y reduce un incremento en la presión arterial.
- La posición de decúbito lateral quita la presión del útero gravídico y así no comprime la vena cava favoreciendo el riego sanguíneo a los espacios intervellosos.
- El masaje suave aumenta el aporte sanguíneo y linfático, produce relajación muscular y alivia el dolor.
- El exceso de actividad es un factor que influye en el trabajo de parto.
- El cambio frecuente de posición favorece la relajación de los músculos y reduce el riesgo de contractura.

Evaluación

Con el cambio frecuente de posición y el masaje en la espalda disminuye la sensación de malestar causado por una sola posición.

2.4.5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de enfermería

Deterioro del patrón de sueño relacionado con factores internos (contracción uterina) y factores externos (medio ambiente) Manifestado por dolor, bostezos, ojeras y pocas de horas de sueño efectivo.

Objetivos

Controlar y reducir los factores de insomnio para lograr un equilibrio óptimo entre el descanso y el sueño de la paciente

Acciones

- Reposo absoluto de la paciente en la cama.
- Administración de indometacina supositorio rectal cada 12hr, por prescripción medica para inhibir las contracciones uterinas y lograr que la paciente descanse.
- Explicación de la técnica de respiración para favorecer su sueño.
- Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el periodo de sueño.
- Se estimulo la paciente para que exprese sus sentimientos y reduzca sus niveles de estrés para inducir al sueño.

Fundamentación

- El reposo retrasa el trabajo de parto y en consecuencia recuperara la energía corporal.
- La indometacina es un potente inhibidor de la síntesis de las prostaglandinas las cuales se encuentran en el ovario, útero demorando la iniciación del trabajo de parto.
- Las técnicas de respiración aumentan la relajación física, mental así como disminuye el dolor, la angustia y favorece el sueño.
- Una buena organización reduce los factores externos que están afectando el patrón de sueño.

- La paciente al expresar sus sentimientos podrá sentirse escuchada, confiar en el ambiente hospitalario y podrá tener un sueño tranquilo.

Evaluación

Al controlar los factores que provocaban alteraciones en la paciente después de los cuidados logro descansar y dormir.

2.4.6. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de enfermería

Déficit de autocuidado relacionado con la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestirse, manifestada por incapacidad de abrocharse la ropa y ponerse las prendas en la región inferior del cuerpo.

Objetivos

Continuar con el autocuidado para seguir cubriendo su necesidad de vestir mediante la información prenatal.

Acciones

- Seguir fomentando una conducta de autocuidado mencionando que para mayor comodidad, los vestidos deben colgar de los hombros y adaptarse a la expansión del útero crecido.
- Debe usar un corpiño o sostén amplio y que de ningún modo debe comprimir los senos o los pezones.
- Que no debe emplear calzado con tacón alto,

- No es conveniente el uso de calzado con cintas ya que exige un mayor esfuerzo en amarrarlos y puede pisar las cintas, ocasionarse lesiones a su persona y al producto.
- Debe usar pantimedias de maternidad.
- Mencionar las ventajas de las fajas de maternidad.

Fundamentación

- El uso de prendas de vestir forma parte de la asistencia prenatal donde la enfermera aconseja a la paciente con respecto a la vestimenta apropiada en el periodo de embarazo.
- La comodidad es indispensable para la futura madre.
- La suspensión adecuada de las mamas ayuda a impedir la fatiga y el aumento en el volumen de las mismas.
- El tacón alto exige un mayor esfuerzo de la espalda para enderezar la posición.
- Los tacones bajos evitan caídas, y disminuyen el peligro de lesionar al producto.
- Cualquier banda contractora puede causar congestión vascular.
- Las fajas de maternidad proporcionan alivio a la dorsalgia, y a veces disminuye el edema de pies y tobillo.

Evaluación

Mediante la enseñanza continua, permite a la paciente comprender la importancia de usar prendas adecuadas para su edad gestacional.

2.4.7. NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Diagnóstico de enfermería

No tiene problemas de variabilidad de temperatura ya que esta es normal.

Objetivos

Que la paciente continúe con su autocuidado respecto a su termoregulación.

Acciones

Fomentar el autocuidado mediante la enseñanza continua con el fin de seguir cubriendo las necesidades de termoregulación de la paciente.

Fundamentación

- La enseñanza es una parte integral del procedimiento de enfermería y se encamina a promover y conservar la salud.
- El autocuidado es un conducta aprendida que los individuos inician y llevan a cabo por si mismos para conservar la vida, la salud y el bienestar.

Evaluación

La paciente mostró interés y reafirmo la importancia que tiene su autocuidado.

2.4.8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de enfermería

Alteración de la epidermis relacionado por una mala hidratación de la piel y por el crecimiento abdominal en el embarazo manifestado en piel seca y estrías.

Objetivos

La paciente identificará los cuidados que debe tener con su piel.

Acciones

- Explicar que debe ingerir un mayor volumen de agua, ya que favorece tener una mayor hidratación.

- Se proporciona agua suficiente.
- Explicar que las estrías se forman por el estiramiento de la piel y no es apropiado que se rasque ya que podría provocar infección en la piel.
- Utilizar crema o loción humectante, para lubricar la piel.

Fundamentación

- La piel sana previene la pérdida de agua y desempeña un papel importante en la regulación de la temperatura, es impermeable a la mayoría de los microorganismos.
- El prurito con el consecuente rascado frecuentemente es responsable de las lesiones primarias.
- El cuidado de la piel debe llevarse acabo de manera cuidadosa y con el material adecuado.
- El uso de cremas y lociones son útiles para la humectación de la piel.

Evaluación

Con la mejor hidratación de la piel y el empleo de cremas humectantes favoreció la humectación de la piel y disminuyó la sensación de prurito en la paciente.

2.4.9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Diagnóstico de enfermería

Alteración del embarazo relacionado con la amenaza de parto pretérmino, manifestado por sangrado transvaginal y actividad uterina.

Objetivos

Controlar en la paciente los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino para lograr un parto a termino.

Acciones

- Observar características y volumen de sangrado transvaginal por medio de un apósito.
- Vigilar signos vitales en busca de alguna alteración (hipotensión).
- Vigilar la salida de líquido amniótico.
- Acompañar a la paciente para la toma de ultrasonido obstétrico.
- Valorar las contracciones uterinas cada hora.
- Se valorará la dilatación y borramiento del cuello.
- Vigilancia constante de movimientos fetales.
- Platicar con la paciente sobre la importancia de restringir o abstenerse del coito

Fundamentación

- El cuidado de la salud durante el embarazo incluye la prevención de problemas internos que provoca la aceleración de trabajo de parto.
- Es anormal que ocurra sangrado vaginal ya que afecta el volumen y la presión de la paciente
- Hemorragia interna puede producir choque hemorrágico (hipovolemico).
- Con el ultrasonido obstétrico se puede determinar la edad gestacional, el crecimiento fetal, actividad fetal y la cantidad de líquido amniótico.
- Las contracciones uterinas mayores de seis en una hora, con cambios cervicales progresivos o dilatación del cuello uterino de 2 cm son signos de peligro en el embarazo.
- La percepción de los movimientos fetales menores de tres en una hora se considera signos de peligro fetal.
- La acción oxitócica de las prostaglandinas, la gran cantidad, que existe en el líquido seminal y la posible absorción de estas durante el orgasmo femenino sugieren el peligro potencial del coito.

Evaluación

A los 5 días de hospitalización no presenta sangrado ni actividad uterina

2.4.10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Diagnóstico de enfermería

Deterioro de la comunicación relacionado con la falta de información por parte de la paciente y el personal médico manifestado por el temor a expresar los sentimientos verbales.

Objetivos

Lograr que la paciente manifieste sus dudas con respecto a su evolución con el fin de disminuir su temor explicándole de una manera clara, breve el tratamiento, los procedimientos y las complicaciones que pueden ocurrir.

Acciones

- Reducir la ansiedad que produce el temor de parto pretérmino por medio de pláticas con la paciente acerca de los cuidados para evitar el trabajo de parto.
- Comentar como estos cuidados favorecen a un mejor control sobre su embarazo.
- Subrayar que todos los cuidados médicos y de enfermería serán encaminados a controlar la amenaza de parto pretérmino.
- Seguir las indicaciones permitirá a la paciente prevenir el trabajo de parto, lo cual nos indicara que existe una mejor comunicación entre el personal médico y ella.
- Platicar con el cónyuge acerca del temor que tiene la paciente y que converse con ella para brindarle apoyo emocional en su estado de crisis.

- Conversar con el personal médico referente a los temores que posee la paciente.

Fundamentación

- La comunicación esta influida por la capacidad perceptiva y cognoscitiva de la paciente (su estado emocional).
- Toda relación de confianza facilita la comunicación eficaz.
- El personal de enfermería puede emplear sus conocimientos de comunicación y sus observaciones de la paciente para planear su intervención.
- La falta de comunicación verbal es la incapacidad de emitir y recibir un mensaje.
- La paciente tiene derechos de recibir información actual y completa con respecto al diagnóstico de su caso, tratamiento, pronóstico en términos que ella pueda entender.

Evaluación

- Se logro una mejor comunicación entre el personal médico y la paciente debido a una explicación adecuada en términos que la paciente comprendió su estado de salud.
- Mejoro la comunicación entre la paciente y su cónyuge.

2.4.11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de enfermería

No tienen problemas de acuerdo con sus creencias, profesa la religión católica, sus patronos de conducta son respeto, honradez y la honestidad.

Objetivos

Que continúe cubriendo sus necesidades de vivir según sus creencias y valores.

Acciones

- Animar a la paciente a que exprese verbalmente la razón y la medida en que la esperanza es importante en su vida.
- Ayudarle a comprender que puede manejar los aspectos desesperanzados de su vida separándolos de los aspectos esperanzadores.
- Valorar recursos internos de la persona (espiritualidad).
- Ayuda a la paciente a identificar las fuentes de esperanza (relacionadas con la fe).
- Animarla a que comparta sus preocupaciones con otras personas que ofrezcan apoyo espiritual (capellán).

Fundamentación

- La esperanza es un estado emocional subjetivo y mantenido en el que un individuo ve alternativas o elecciones personales disponibles para resolver problemas o para conseguir lo que desea.
- La enfermera debe tener disponibilidad para escuchar los sentimientos sobre sus necesidades espirituales.
- El bienestar espiritual es el proceso personal de desarrollo /revelación del misterio por medio de la interconexión armoniosa que surge de sus recursos internos (origen sagrado, un poder supremo).
- El paciente puede pensar que al hablar de Dios o un líder religioso es un tema prohibido, pudiendo dudar si lo comenta o no.
- Otras personas pueden ayudar al paciente a cubrir sus necesidades espirituales.

Evaluación

- La paciente muestra gran interés en compartir sus sentimientos espirituales.
- Tiene bien definidas sus creencias y valores expresando sentimientos positivos respecto a su tratamiento.

2.4.12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y RELACIONARSE

Diagnóstico de enfermería

Alteración del desempeño del rol relacionado con el estado de salud de la paciente manifestado por dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requerida.

Objetivos

Ayudar a la paciente a valorar su situación y que comprenda que el desempeño de su rol puede esperar.

Acciones

- Ayudar a la paciente a reorganizar los valores domésticos y fijar prioridades, distribuir las responsabilidades.
- Implicar a los miembros de la familia en el cuidado de la paciente.
- Transmitir una comprensión de la situación y de su impacto en la familia.
- Dirigirse a los servicios de la comunidad y otras fuentes en busca de ayuda (doméstica).

Fundamentación

- Planificar y jerarquizar puede ayudar a mantener la integridad familiar y a reducir el estrés.
- La orientación anticipada puede alertar a las personas de los posibles problemas antes de su aparición.

- Comunicar una comprensión, una sensación de cariño y preocupación facilita la confianza, reforzando la relación enfermera, paciente y a su familia.
- Es posible que la familia necesite que se le ayude en las cuestiones referentes a su hogar.

Evaluación

La paciente y los miembros de la familia participan en el autocuidado y comprenden la importancia de reorganizar los roles domésticos.

2.4.13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnóstico de enfermería

Déficit de actividad recreativa y relacionado por el internamiento en el hospital manifestado por los pasatiempos habituales que no puede realizar en el hospital.

Objetivos

Que la paciente participe en actividades recreativas

Acciones

- Estimular la motivación demostrando interés y tomando la expresión de sentimiento.
- Reconocer sus sentimientos de aburrimiento de la paciente.
- Colocarla cerca de una ventana, si es posible para que se distraiga.
- Proporcionarle material de lectura.
- Planificar alguna actividad diaria para que la paciente se distraiga.
- Fomentar las visitas.

Fundamentación

- El diálogo fomenta el acto de compartir y la sensación de bienestar.
- La monotonía contribuye al aburrimiento
- Las medidas de motivación pueden ayudar a reducir la monotonía de la inmovilidad.
- Las estrategias creativas para variar el entorno y la rutina diaria pueden reducir el aburrimiento.
- Las visitas proporcionan relaciones sociales y estimulación mental.
- La socialización puede fomentar una autoestima y afrontamiento positivo.

Evaluación

La paciente reconoce sus sentimientos de aburrimiento y acepta participar en actividades recreativas.

2.4.14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de enfermería

Déficit de conocimiento relacionado con una falta de conocimiento sobre la amenaza de parto prematuro manifestado por búsqueda de la información.

Objetivos

Que la paciente conozca que es la amenaza de parto pretérmino y los cuidados que debe tener.

Acciones

- Valorar la información que tiene la paciente sobre la amenaza de parto.
- Educar a la paciente sobre amenaza de parto pretérmino, prevención, control y complicaciones por medio de pláticas con rotafolio.

- Enseñar a identificar los factores de riesgo que pueden controlarse.
- Invitar a los familiares a escuchar la plática.
- Proporcionar a la paciente y a la familia información válida, tranquilizadora y reforzar un comportamiento de afrontamiento positivo.

Fundamentación

- La percepción inadecuada del estado de salud a menudo implica conocimientos erróneos de la naturaleza y de la enfermedad.
- Si la paciente comprende el proceso patológico y sus complicaciones, esto puede animarla a cumplir el régimen terapéutico.
- centrarse en los factores que pueden controlarse puede mejorar el cumplimiento, aumentar la autoestima y reducir la sensación de impotencia.
- Una persona que intenta enfrentar una situación complicada o desconocida a menudo busca información que le permita controlar dicha situación.

Evaluación

La paciente mostró interés al escuchar la plática, comprendió los signos de alarma, las complicaciones y la importancia de seguir con los cuidados específicos.

PLAN DE ALTA

La atención de enfermería que se proporciona a la paciente que se marcha del hospital debe ser de comprensión y ayuda, igual a la que se dio cuando ingreso y durante su estancia.

Es importante mencionar las acciones que la paciente deberá realizar en su hogar, con el fin de consolidar su autoconfianza y su independencia mediante la estimulación; para continuar con las medidas terapéuticas necesarias y así prevenir posibles complicaciones de la amenaza de parto pretérmino.

El plan de alta contiene

1. Información sobre su estado de salud haciendo énfasis en:

- Que las condiciones de la paciente y su bebe en estos momentos son normales y ya no amerita internamiento
- Farmacoterapia: Tomar dos pastillas de 500 mg de ampicilina cada 6 horas por 3 días más, ya que le servirá para aliviar la infección de las vías urinarias.

• Dietoterapia:

Debe ingerir alimentos ricos en fibra (cereales, y pan integral) y tomar por lo menos de 1 o 2 litros de agua ya que la servirán a la eliminación intestinal y al hidratar y dar consistencia a las heces.

• Reposo:

Debe tener reposo relativo y solo levantarse para ir al baño.

No realizar actividades extenuantes como lavar.

Acostarse de su lado izquierdo ya que favorece la oxigenación fetal.

Debe de abstenerse de tener relaciones sexuales durante 15 días.

Evitar el estrés favoreciendo un ambiente tranquilo.

2. Asistencia subsecuente a algún servicio.

Debe de acudir en una semana al ginecólogo para que continúe con su control de embarazo y es indispensable que no falte a la cita.

3. Información sobre servicios de atención médica de urgencias.

Mencionar que si presenta cualquier signo de alarma como: dolor abdominal, salida de líquido, ausencia de movimientos fetales, dolor de cabeza, náusea, vómito, visión borrosa y zumbido de oídos; tiene que acudir de inmediato al servicio de urgencias para su ingreso al hospital.

CONCLUSIONES

El proceso se convierte en un medio puesto a nuestra disposición para actuar de una forma racional y reflexiva que nos permite desempeñar nuestro rol, dentro del equipo de salud.

Ya que el ejercicio de nuestra profesión nos exige una formación cada vez mas profunda, así como una identificación precisa del papel y del servicio propio que somos capas de ofrecer al paciente.

Además nos permite identificar problemas de salud, objetivos e intervenciones individualizadas para la tensión de calidad y holística del paciente, familia y comunidad.

Por otra parte permite sistematizar el campo de actuación del profesional de enfermería y definir su papel ante los pacientes y otros profesionales de la salud ya que se trascienden las funciones dependientes e interdependientes.

El proceso de enfermería es importante para el paciente y su familia, por que participan en cada una de sus etapas; proporcionando la elaboración de los diagnósticos, comprueba el cumplimiento de los objetivos y da las respuestas que van a evaluarse, además el plan de cuidados fomenta la continuidad de los cuidados, lo que creo un ambiente seguro y terapéutico.

También aumenta la satisfacción en el trabajo estimulando la creatividad a la hora de solucionar los problemas generados durante el cuidado de enfermería, desarrollando habilidades interpersonales y técnicas e incrementa la capacidad para la observación precisa de las respuestas del paciente y la realización de las acciones pertinentes ya que como integrantes del equipo de salud somos responsables de detectar necesidades y darles soluciones dirigidas a mantener y conservar la vida.

El proceso de enfermería hace aportes a la investigación relacionados con la validación de diagnóstico existentes, la identificación de diagnósticos y definir conductas o acciones de enfermería que hagan parte de los planes estandarizados.

El profesional de enfermería puede ofrecer valoración integral de respuestas humanas a la salud y a la enfermedad, diagnóstico de problemas de enfermería que pueden ser solucionados con acciones de su campo, planes de intervención para los problemas detectados.

BIBLIOGRAFÍA

A.M.H.G.O. NO. 3, Ginecología y Obstetricia, 2ª. Edición, Editorial IMSS, México 1979, pags 1001.

BrokMiller. Bowen, Enfermería y Obstetricia, 5ª. Edición, Editorial Interamericana, México 1978, pags 547.

Brunner y Sudarth, Manual de la Enfermera, 4ª. Edición, Editorial Interamericana, 1991 México pags 897.

Carpenito Linda Juall, Planes de Cuidados y Diagnósticos de Enfermería, 3ª Edición, Editorial Interamericana, España 1998, pags 638.

Carpenito Lynda Juall, Planes de Cuidados y Documentos en Enfermería, 2ª. Edición, Editorial Interamericana, España 1994, pags 753 .

Colliere Marie Francoise Promover la vida de la Practica de los Mejores Cuidadores a los Cuidados de Enfermería, Editorial Interamericana, pags 392.

Doris C. Berthea, Enfermería Materno Infantil, 4ª. Edición, Editorial Interamericana México 1986, pags 427.

Fernández Fermín Carmen, El proceso de Atención de Enfermería, 1ª. Edición, Editorial Masson-Savat, pags 37.

Kenneth R. Niswander, Manual de Obstetricia, 3ª. Edición, Editorial Salvat 1988, Barcelona, pags 537.

Marriner Tomey Ann, Modelos y Teorías de Enfermería, 4ª. Edición, Editorial Harcourt-Brace, España 1998 pags 11.

Nordmark-Rohweder, Bases científicas de la Enfermería, 2ª. Edición, Editorial La Prensa Medica Mexicana, 1993, pags 712.

North American Nursing Diagnosis Asociation, Diagnósticos Enfermeros, Editorial Harcourt, 2001-2002, pags 264.

Planeug-Margot. La Planificación de los Cuidados Enfermeros, 1ª Edición, Editorial Interamericana, México 1999, pags 22.

Ramírez Alonso Felix, Obstetricia par la Enfermera Profesional, Editorial Manual Moderno, México 2002, pags 552.

Rodríguez S. Bertha A, Proceso Enfermero, 2ª.Edicion, Editorial Cuellar, México 2002, pags 277.

Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México 1999, pags 556.

OTRAS FUENTES

Dueñas Fuente, José Raúl (2000) El proceso de atención de Enfermería, consultado en <http://www.terra.espersonal/duenas/pae.htm>. pags 27 el día 06/01/04.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____ edad: _____ peso: _____ talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ ocupación: _____
Escolaridad: _____ domicilio: _____
F. de ingreso: _____ Hr. de ingreso: _____ servicio: _____

VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

1) OXIGENACION.

Presencia de tos: _____ dificultad respiratoria: _____ coloración de piel: _____
Fuma: _____ cuantos cigarrillos al día: _____ desde cuando: _____

2) NUTRICION E HIDRATACIÓN.

Peso: _____ talla: _____ n° de comidas al día: _____
Horario de las comidas: _____

Nivel socioeconómico: _____ lugar donde come: _____

Agrado por los alimentos: _____

Alimentos que desagradan: _____

Alergias a alimentos: _____

Problemas al masticar o deglutir: _____

Cantidad de líquidos que bebe durante el día: _____

Características del cabello piel y mucosas: _____

3) ELIMINACION.

Hábitos intestinales: _____ características de las heces: _____

Utiliza laxantes: _____ frecuencia con que los utiliza: _____

Dolor al defecar: _____ problemas al miccionar: _____

4) NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Postura habitual: _____ realiza ejercicio _____

Cuántas hrs. al día: _____ practica algún deporte: _____

Presencia de dolor al movimiento: _____

5) NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Horario de descanso: _____ horario de sueño: _____

Actividades que realiza cuando descansa: _____

Siestas durante el día: _____ problemas para conciliar el sueño: _____

Utiliza algún tipo de medicamento para dormir: _____

6) NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Influye su estado de animo para la selecci3n de sus prendas de vestir? _____

Sus creencias le permiten vestirse como le gusta? _____

Necesita ayuda para seleccionar el tipo de vestimenta? _____

Viste de acuerdo a su edad? _____

Cuenta con la capacidad para vestirse y desvestirse? _____

Su vestimenta es limpia y adecuada? _____

7) NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

Hay adaptaci3n a los cambios de temperatura: _____

Recursos que utiliza en los cambios de temperatura: _____

Características de la piel: _____

8) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DELA PIEL.

Frecuencia del aseo: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día? _____ aseo de manos: _____

Aspecto de la piel: _____

Olor corporal: _____

Lesiones dérmicas: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

9) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Conoce las medidas de prevenci3n de accidentes en el hogar o el trabajo? _____

Como canaliza las situaciones de tensi3n en su vida: _____

Existen deformidades congénitas: _____

Condiciones de ambiente en el hogar y trabajo: _____

10) NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Estado civil: _____ rol familiar: _____

Existen conflictos familiares, con vecinos o en el trabajo: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____ de que forma expresa sus sentimientos? _____

Tipo de vivienda en que habita: _____

Cultura: _____ status social: _____ nivel educativo: _____

Influencias familiares y socioculturales: _____

Habla claro: _____ dificultad de visión: _____ audición: _____
Comunicación verbal: _____

11) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Religión: _____ su creencia religiosa le crea conflictos personales? _____
Principales valores en la familia: _____
Principales valores personales: _____
Hábitos específicos de vestir: _____
Permite el contacto físico? _____

12) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Trabaja actualmente? _____
Que tipo de trabajo u ocupación realiza? _____
Riesgos: _____ tiempo que le dedica al trabajo: _____
Esta satisfecho con su trabajo? _____
Capacidad con que se adapta al trabajo: _____
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y las de la familia? _____
Se observa calmado, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto: _____

13) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Actividades que realiza en su tiempo libre: _____
Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____
Aceptación de actividades recreativas: _____
Estado de ánimo: _____

14) NECESIDADES DE APRENDIZAJE.

Que estudios ha realizado: _____
Puede leer y escribir: _____
Dificultad para aprender: _____
Integridad en los órganos de los sentidos: _____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
15. Oxigenación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
16. Nutrición / Hidratación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
17. Eliminación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
18. Moverse y mantenerse una buena postura	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
19. Descanso y sueño	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
20. Usar prendas de vestir	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
21. termorregulación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
22. Higiene y protección de la piel	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
23. Evitar peligros	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
24. Comunicarse	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
25. Vivir según sus creencias y valores	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
26. Trabajar y realizarse	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
27. Jugar y participar en actividades recreativas	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
28. Aprendizaje	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____

NECESIDAD

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	RESULTADO
Independiente (I) Parcialmente dependiente (PD) Dependiente (D)			
DX ENFERMERÍA			
OBJETIVO			

HOJA DE ALARMA OBSTETRICA

PACIENTE _____ FECHA _____

SEÑORA:

Se le ha efectuado una revisión por médico especialista en Ginecología y Obstetricia para la valoración de su embarazo y se ha determinado que las condiciones de usted y su bebé **EN ESTOS MOMENTOS SON NORMALES** y no amerita internamiento, debiendo represar a este hospital al servicio de **URGENCIAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, si ocurre lo siguiente:

1. Dolores abdominales continuos que no se le quiten en 2 hrs. o más de 2 contracciones abdominales dolorosas.
2. Salida de líquido por vagina aunque sea en mínima cantidad pero suficiente para humedecer su ropa interior o si este corre por sus piernas, incluso, si tiene duda si es orina o durante el sueño.
3. Dolor abdominal acompañado de contracciones uterinas (abdomen duro) que dure más de 1 mínimo y más aún, si existe salida de sangre por vagina aunque solo sea manchado (el sangrado puede presentarse sin dolor o después del coito, por lo que hay que acudir de inmediato).
4. Ausencia de los movimientos del bebé o si estos disminuyen en forma notoria o alarmante de cómo se movían antes de notarlo.
5. Dolor de cabeza, náusea, vómito, zumbido de oídos, visión borrosa o lucitas (la sensación que queda después de que la retratan o mira una luz intensa), dolor en la boca del estomago sostenido.

6. Si nada de lo anterior ocurre pero pasan más de dos días de última revisión (esto depende del diagnóstico que se le haya hecho y de las indicaciones médicas), o en una semana después de la fecha de parto que le dio su médico, o si usted se siente mal y sus síntomas no son los indicados en la hoja, también deberán presentarse para su revisadas nuevamente.

CUANDO TENGA QUE PRESENTARSE AL HOSPITAL DEBERA DE LLEVAR A CABO LO SIGUIENTE:

- Para reposar o trasladarse debe hacerlo de su lado izquierdo siendo que esto favorece la oxigenación fetal.
- Para trasladarse hágalo por medio rápido y seguro a su alcance.
- Al llegar al hospital solicite inmediatamente en admisión una hoja para servio de urgencias gineco-obstétricas.
- Si se desea operar para ya no tener más bebés, deberá traer una autorización por escrito del esposo.
- Esto puede hacerlo tan simple como sigue: Deseo y solicito le sea practicada a mi esposo (nombre completo) la operación definitiva para ya no tener más familia o embarazarse que se llama Salpingoclasia en esta institución de la que soy derechohabiente. Nombre, fecha y firma del esposo.
- Cuando venga a revisión se recomienda lo haga acompañada de un mayor de edad a un adulto.

Es importante para poder ofrecerle una mejor atención a usted y a su bebé que por favor cumpla con las indicaciones mencionadas y además de las que dio verbalmente su médico Gineco-Obstetra que la revisó.