



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A UNA MUJER QUE PRESENTA
AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO
BASADO EN LA TEORÍA DE OREM**

**Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

MIRIAM HERNÁNDEZ ORTEGA

N° Cta.: 9554855 – 1

Lorena Rodríguez Ruíz
SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
LIC. LORENA RODRÍGUEZ RUÍZ**



MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE DEL 2005

m343691



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la ENEO por ser el recinto en el cual encontré el espacio necesario para asimilar los conocimientos que ahora me llevan a ser una profesionalista; y a los maestros por sus valiosos consejos.

A Lore por ser la maestra que a mi parecer es un ejemplo de que la ENEO cuenta con excelentes docentes que transmiten sus conocimientos con tanta dedicación que contagia a los alumnos para continuar aprendiendo. Por su confianza, paciencia y dedicación que tuvo para la realización de este trabajo y porque sin su valiosa colaboración no hubiera sido posible.

A mis hermanos, cuñadas y sobrinos; en especial a Alex por apoyarme en el momento que lo necesité.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Miriam Hernández
Ortega
FECHA: 19 Abril 2005
FIRMA: [Firma]

DEDICATORIAS

A mis padres por el esfuerzo que hicieron para hacer de mi una mujer capaz de lograr sus metas manteniendo siempre los principios y valores enseñados; y por darme la mejor de las herencias: mi carrera como Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Los amo y admiro espero que disfruten este regalo como yo he disfrutado los suyos.

A mi maravilloso esposo Alejandro que me apoyó y confió en todo momento, me lleno de amor y comprensión cuando creí que no podría seguir con este trabajo. "Sin ti no lo hubiera logrado, te amo."

Al mejor regalo que Dios me ha dado mi hijo Iván por ser la luz de mi vida y la razón de mi quehacer. Por los momentos en que lo he privado de mi presencia y atención "Te amo Chiquito lindo."

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1.	JUSTIFICACIÓN	1
2.	OBJETIVOS	
2.1	General	2
2.2	Específicos	2
3.	METODOLOGÍA DEL TRABAJO	
3.1	Tipo de investigación	3
3.2	Diseño de investigación	3
3.3	Técnicas utilizadas en la investigación	4
4.	MARCO TEÓRICO	
4.1	El Proceso Atención de Enfermería	6
4.2	Teoría de Orem	8
4.3	Cervicovaginitis	11
4.3.1	Historia natural de la enfermedad de la cervicovaginitis	11
4.4	Infección de vías urinarias	16
4.4.1	Historia natural de la enfermedad de la infección de las vías urinarias	16
4.5	Amenaza de Trabajo de parto pretérmino	23
4.5.1	Anatomía y fisiología	23
4.5.2	Historia natural de la enfermedad de la amenaza de parto pretérmino	27
5.	HISTORIAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA Y SOVPEE BASADAS EN LA TEORÍA DE OREM	
5.1	Primera visita	40
5.2	Segunda visita	71
5.3	Tercera visita	91
5.4	Resumen de la cuarta visita	106
5.5	Resumen de la quinta visita	112
5.6	Resumen de la sexta visita	118
5.7	Resumen de la séptima visita	123
5.8	Resumen de la octava visita	126
5.9	Resumen de la novena visita	130

6. PLAN DE ALTA	134
7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	136
8. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	138
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
10. ANEXOS Y APÉNDICES	145

INTRODUCCIÓN

El proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado que permite al pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia detectar los problemas reales o potenciales que presenta el paciente durante el proceso salud – enfermedad, permitiendo así realizar y dar cuidados específicos a cada necesidad o problema detectado; para hacerlo, el pasante debe hacer uso de los conocimientos teórico – prácticos adquiridos durante su formación académica.

El presente Proceso de Atención de Enfermería con enfoque intradomiciliario se aplica en un caso clínico de Embarazo de Alto riesgo por Amenaza de Trabajo de Parto Pretérmino basado en la Teoría de Orem. El trabajo de parto pretérmino es manejado así por las semanas de gestación en las que se presenta, las cuales son después de la semana 20 y antes de la 37 teniendo como principales signos y síntomas la actividad uterina, dilatación y borramiento cervical; se presenta en un 5 a 10% de los embarazos, teniendo como consecuencia una morbi – mortalidad perinatal que depende de la edad gestacional en la que destacan los problemas como sufrimiento fetal, síndrome de insuficiencia respiratoria, enterocolitis necrosante, así como muerte perinatal; por lo que este es un problema que preocupa al Sector Salud.

En la actualidad se desconoce cual es el agente causal, pero se asocia a factores ambientales tales como el nivel socioeconómico y cultural bajo, trabajos de esfuerzo físico pesado y fatigante en la madre, factores fetales entre los que destacan la infección del líquido amniótico, anomalías de la concepción y muerte fetal; dentro de los factores maternos se encuentran la enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes mellitus e infección en vías urinarias, vaginales y cervicales, siendo estas últimas las que presenta la paciente de este caso clínico. La infección de vías urinarias es aquella que afecta al tracto urinario y puede ser asintomática o sintomática; se dice que el riesgo de que se presente aumenta con

el embarazo; otro problema que presenta la embarazada son las infecciones cervicales y vaginales conocidas también como cervicovaginitis, las cuales surgen por los cambios hormonales que se dan en este momento.

Este trabajo consta de una justificación, objetivos general y específicos, una metodología del trabajo en el que se indica cual es el tipo, diseño y técnicas a seguir en la investigación, así como los recursos humanos y materiales que se utilizarán. También cuenta con un marco teórico en el que los temas a desarrollar son el proceso de atención en enfermería, la Teoría del autocuidado de Orem, la cervicovaginitis por candidiasis, la infección de vías urinarias y la amenaza de trabajo de parto pretérmino; las tres patologías cuentan con la historia natural de la enfermedad y la última también tiene la anatomía y fisiología del órgano afectado. Después se presenta la historia clínica de enfermería completa de la paciente, así como los datos subjetivos, datos objetivos, valoración, planeación, ejecución y evaluación (SOVPEE), cédulas PREVIGen y planes de atención de enfermería de cada visita intradomiciliaria, posteriormente se da a conocer el plan de alta, así como las conclusiones del presente trabajo y por último se indica un glosario de términos, las referencias bibliográficas y los anexos.

1 JUSTIFICACIÓN

La amenaza de trabajo de parto, el trabajo de parto y el parto pretérmino son una de las principales causas de la morbi – mortalidad perinatal en México, por lo que se ha intentado evitar o disminuir el problema por medio del diagnóstico y tratamiento oportuno. La detección del problema puede darse en el hospital o en la atención domiciliaria, lugar en el que juega un papel importante el Licenciado en Enfermería y Obstetricia por ser un profesional que cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos para atender este tipo de problemas al tratar de erradicarlos dando atención a la mujer en su propio domicilio para que ella se sienta más segura y tranquila, además de que permite una relación más personalizada en la que se busca obtener la participación de todos los miembros de la familia y se detectan con mayor facilidad los problemas psicológicos y sociales que se dan en la relación familiar.

Con este Proceso de Atención de Enfermería se pretende dar a conocer cual es el trabajo del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la práctica privada y como es que este influye en la disminución del riesgo al dar la atención intradomiciliaria; utilizando una teoría que sustente su práctica profesional como es la teoría de Orem, sin olvidar apoyarse en otros profesionales de la salud, cuando sea necesario.

2 OBJETIVOS

2.1 Generales

Elaborar un plan de atención de enfermería en un caso clínico de una mujer embarazada de alto riesgo por amenaza de trabajo de parto pretérmino.

2.2 Específicos

- Valorar a la mujer embarazada buscando déficits de las necesidades de autocuidado, así como factores de riesgo y su erradicación.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería de cada requisito universal y su jerarquización.
- Planear y ejecutar el plan de atención de acuerdo a los diagnósticos de enfermería detectados.
- Evaluar el plan de atención

3 METODOLOGÍA DEL TRABAJO

3.1 El tipo de investigación a realizar es de carácter:

- a) Descriptivo Permite ordenar en la historia clínica de enfermería los resultados de la observación, interrogación y exploración realizados a la embarazada con el fin de identificar factores de riesgo que llevan a la enfermera (o) aplicar el método SOVPEE.
- b) Transversal Se realizará en un periodo de cuatro meses (abril – agosto del 2000).
- c) Prospectiva Busca encontrar solución a los problemas reales y potenciales de la mujer por medio del plan de cuidados.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación clínica se llevará a cabo de la siguiente manera:

- a) Elegir un caso clínico.
- b) Pedir el permiso a la señora para realizar el estudio (apéndice 1).
- c) Brindar atención directa a la cliente.
- d) Elaboración de la Historia Clínica de Enfermería completa. (anexo 1)
- e) Control prenatal intradomiciliario (nueve visitas de las cuales se desarrollaran las 3 primeras y se realizará un resumen de las otras)
- f) SOVPEE en cada visita de control prenatal.
- g) Aplicación de las cédulas de PREVIGen en cada visita. (anexo 2)
- h) Analizar e interpretar la información obtenida de todo lo anterior para elaborar un plan de atención.
- i) Aplicación del plan de atención.

- j) Evaluación del plan de atención.
- k) Elaboración de las conclusiones generales.
- l) Investigación bibliográfica.
- m)Elaboración del glosario de términos.
- n) Recopilación y clasificación por orden alfabético de la bibliografía y los anexos
- o) Realización de borradores
- p) Dar al asesor de tesis los borradores para revisión
- q) Elaboración del trabajo final ya corregido para posteriormente ser presentado a las autoridades correspondientes

3.3 Técnicas utilizadas en la investigación documental

Las técnicas a utilizar en la investigación a continuación serán descritas:

- a) La observación Por medio de ésta se puede hacer una descripción del paciente, su entorno y el estado en el que se encuentra.

- b) La entrevista Permite que se tenga una comunicación directa con la embarazada, quien puede expresar sus sentimientos, angustias, preocupaciones, temores, etc., con el fin de que en conjunto se encuentren soluciones acordes a cada necesidad.

- c) **Las fichas de trabajo** Instrumento que permite el ordenamiento y clasificación de la información bibliográfica que se usará para elaborar el marco teórico y el plan de atención.
- d) **La historia clínica de enfermería** Sirve para relacionar al paciente con su entorno permitiendo así que la enfermera (o) obtenga información sobre el estado de salud actual del paciente, presencia de problemas psicológicos y sociales del mismo, para posteriormente ser jerarquizados con el fin de elaborar los diagnósticos obstétricos y de enfermería y el plan de atención.
- e) **Cédulas PREVIGen** Instrumento que se utiliza para la detección y evaluación de riesgo perinatal.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y el tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.”¹

Es un método que funciona para la solución de problemas y se utiliza en enfermería para asignar cuidados de forma sistemática y organizada.

Las etapas del proceso son cinco:

1. La valoración: Es la primera etapa del proceso; en ella se reúnen y examinan los datos con el fin de determinar el estado de salud del paciente.
2. El diagnóstico: Segunda etapa del proceso que implica analizar y agrupar los datos obtenidos con el fin de identificar y describir las capacidades y problemas reales o potenciales de salud que ayuden a determinar que problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería.
3. La planeación: Tercera etapa del proceso en la que se definen los objetivos, se desarrolla un plan de cuidados de enfermería; está incluye las siguientes actividades.
 - a) Disposición de prioridades
 - b) Determinación de objetivos
 - c) Decisión de las intervenciones de enfermería

¹ Rosalinda Alfaro, Aplicación del proceso de enfermería, Ed. Doyma, Barcelona, 1988, p. 6

4. La ejecución: Cuarta etapa del proceso en la que se pone en práctica el plan de cuidados e implica llevar a cabo las siguientes actividades:
 - a) Seguir recogiendo información
 - b) Realizar las intervenciones y actividades
 - c) Registrar e informar el estado de salud del paciente

5. La evaluación: Quinta y última etapa en la que se determina hasta que punto se han logrado los objetivos.

Cada etapa del proceso de enfermería depende de la precisión de la etapa precedente. La relación que existe entre cada una de las etapas del proceso es la siguiente:

La valoración y el diagnóstico aquí la valoración consiste en asegurarse de que se dispone de todas las piezas correctas del rompecabezas y en el diagnóstico se reúnen dichas piezas.

El diagnóstico y la planeación las intervenciones que se planifican están diseñadas para aliviar o prevenir los problemas, al mismo tiempo que se usan los recursos.

La planeación y la ejecución aquí las acciones que se realizan en la ejecución están guiadas por la planeación.

La evaluación y demás etapas implican realizar la valoración del estado de salud actual del cliente; comprobar los diagnósticos como completos y correctos; asegurarse que el diseño del plan sea eficaz y se halla llevado a cabo; modificar o finalizar el plan.

4.2 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE OREM

Dorothea Orem es originaria de Baltimore, Maryland que con su experiencia profesional en el ámbito privado, hospitalario y docente es considerada como una de las primeras teóricas por utilizar su experiencia en la realización de una teoría general de enfermería que proporciona los conocimientos necesarios para mejorar la práctica diaria de la enfermería utilizando la descripción, explicación, predicción y control de problemas para lograr una autonomía profesional. Esta teoría está conformada por tres teorías descritas por la misma Orem, las cuales son: "(1) La teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado), (2) La teoría del déficit de autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas), y (3) La teoría de los sistemas de enfermería (describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería)".²

La teoría del autocuidado "se basa en los conceptos de autocuidado, la agencia de autocuidado, los requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico".³

El **autocuidado** es la capacidad que tiene un individuo para llevar a cabo sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales por medio de actividades que realiza en su propio beneficio y que le permiten mantener su vida, la salud y el bienestar.

La **agencia de autocuidado** es la capacidad que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado. La agencia de autocuidado"consta de dos agentes: el agente de autocuidado (persona que proporciona el autocuidado) y el agente de cuidado dependiente (persona que proporciona cuidados a otros, como

² Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería, Ed. Doyma, 3ªed., México, 1995, p. 182

³ Wesley R.L., Teorías y modelos de enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2ªed., México, 1995, p. 81

un padre que cuida a su hijo)"⁴; cuando el profesional de enfermería proporciona el cuidado se le conoce como agencia de enfermería.

Los requisitos de autocuidado son las acciones que se utilizan para proporcionar el autocuidado y le ayudan a la enfermera (o) hacer la valoración del paciente; los requisitos de autocuidado son clasificados en tres: 1) los requisitos de autocuidado universal, 2) del desarrollo y 3) los de desviación de la salud.

"Los requisitos de autocuidado universal son ocho:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la integración social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida."⁵

Los requisitos de autocuidado del desarrollo son clasificados primeramente por las etapas específicas del desarrollo (vida intrauterina y nacimiento, vida neonatal, lactancia, infancia, adolescencia, adulto joven y embarazo); y después por las condiciones que afectan el desarrollo humano (provisión de cuidados para

⁴ Ibid., p. 82

⁵ Ann Marriner. op. cit., pp. 6 - 7

prevenir, mitigar o superar los efectos negativos existentes o potenciales de una condición o acontecimiento vital particular.

Los requisitos de autocuidado de la desviación de la salud se dan cuando el individuo se encuentra enfermo, lesionado, incapacitado o bien cuando recibe atención médica. La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

La demanda del autocuidado terapéutico se refiere a las actividades de autocuidado que se deben hacer para satisfacer los requisitos del autocuidado que sirven para mantener la salud y el bienestar.

La teoría del déficit de autocuidado es el enfoque central de la teoría general de la enfermería de Orem porque explica y describe cuando las personas que tienen una desviación de la salud pueden ser ayudadas, ya sea por familiares, amigos o profesionales de enfermería. Para satisfacer las necesidades de autocuidado el profesional de enfermería se apoya en cinco métodos: actuar o hacer para, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente la capacidad del paciente para satisfacer sus propias demandas ya sean actuales o futuras.

La teoría de sistemas trata sobre cómo interactúan la enfermera y el paciente por medio de tres tipos de sistemas: 1) totalmente compensador en el que la enfermera cubre por completo las necesidades del paciente; 2) parcialmente compensador en donde la enfermera ayuda o apoya al paciente para que él realice las actividades y 3) de apoyo educativo en donde la enfermera se encarga de que el paciente aprenda a realizar las medidas que se requieren para llevar a cabo el autocuidado.

4.3 CERVICOVAGINITIS POR CANDIDIASIS

4.3.1 HISTORIA NATURAL DE LA CERVICOVAGINITIS POR CANDIDIASIS

Definición:

Es una infección endógena causada por un hongo o una levadura que afecta comúnmente a la vulva y la vagina.

Huésped:

Mujeres de entre los 16 y 30 años de edad que tienen actividad sexual activa, personas diabéticas, obesas, inmunosuprimidas, hipotiroidismo, VIH o SIDA. La candidiasis genital ataca a la vulva y la vagina en la mujer.

Ambiente:

Nivel socioeconómico y cultural bajo, malos hábitos higiénicos, las manos sucias de la mujer, uso de ropa ajustada y sintética, baños públicos, pH mayor de 5, duchas vaginales y productos de higiene femenina, relaciones sexuales sin higiene y protección, uso prolongado de anticonceptivos y antibióticos de amplio espectro.

Prevención primaria

Promoción de la salud.

1. "Alentar el uso del condón para obtener cierta protección."⁶
2. Usar ropa de algodón y floja.
3. Utilizar protectores en los baños públicos o colocar papel de baño en la taza.
4. Evitar compartir la ropa, toalla de baño y utensilios higiénicos.
5. Mantener una higiene femenina adecuada (asearse del frente hacia atrás para evitar contaminar la vagina con la materia fecal).

⁶ Arlene Burroughs, Enfermería materno-infantil, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 9ª.ed., Philadelphia, 2001, p. 543

6. Bañarse y cambiarse de ropa interior todos los días y usar una sola toalla o esponja para el perineo.
7. Evitar el uso de duchas vaginales y rocíos femeninos porque modifican el pH vaginal volviéndolo más alcalino estimulando así el crecimiento de las bacterias.
8. No permitir la irritación física de los tejidos vaginales por causa del uso de desodorantes, jabones perfumados y el uso prolongado de tampones o toallas vaginales.
9. No secar la ropa interior en lugares cerrados.

Protección específica

1. No automedicarse antibióticos porque estos destruyen la flora vaginal y modifican el pH.
2. Inspeccionar al compañero sexual para observar si hay secreciones o áreas enrojecidas en el pene. Esto debe hacerse con mucho cuidado para no apenar a la pareja.
3. Qué la mujer se de cuenta de la importancia de tomar los medicamentos prescritos.
4. Aceptar que las infecciones crónicas pueden evitarse con tratamientos vigorosos.
5. Si el coito en la relación sexual es doloroso entonces se recomienda que se evite durante la infección y el tratamiento, o bien hasta que el resultado del cultivo sea negativo.
6. Hacer que el compañero sexual reciba tratamiento para evitar las reinfecciones

Etapa subclínica

Contacto, desarrollo y multiplicación del agente.

El contacto se debe dar directo de persona a persona al tener relaciones sexuales, o indirecto por utilizar ropa o utensilios contaminados; su entrada es por medio de la mucosa genitourinaria.

Su desarrollo y multiplicación se da cuando la pseudohifa forma redes que invaden el epitelio vaginal y se expanden por los genitales externos e internos; su desarrollo se debe a los cambios en el pH vaginal, "la deficiencia en la inmunidad celular relacionada con el embarazo o causada por fármacos, diabetes y uso de anticonceptivos, así como tipo de ropa interior y aseo personal."⁷

Cambios anatómicos, fisiológicos, químicos y psicosociales.

Se da una inflamación extensa de los órganos genitales externos e internos, en donde la mucosa vulvovaginal se torna enrojecida y con edema.

Etapa clínica

Signos y síntomas

Todas las literaturas consultadas coinciden en que los signos y síntomas son:

1. Prurito vulvar y vaginal intenso.
2. La presencia de secreción blanca o amarilla espesa y grumosa (forma de requesón), sin olor o con olor a levadura, que se adhiere a las paredes vaginales.
3. Ulceras en la pared vaginal.
4. Eritema y edema en la mucosa vulvovaginal.
5. Lesiones por el rascado.
6. Disuria.
7. Dispareunia.

Enfermedad, complicaciones, diagnósticos.

La infección recurrente es un problema importante. La infección en el momento del parto puede provocar moniliasis en el recién nacido.

⁷ Ernesto Calderón, *Infectología perinatal*, Ed. Trillas, México, 1991, p. 183

Prevención secundaria

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y la exploración vaginal; se confirma con un cultivo por medio de un frotis en hidróxido de potasio al 10%.

El tratamiento es el siguiente: "óvulos vaginales de nistatina, de 100,000 unidades 2 veces al día por 10 días. Recientemente el clotrimazol (canesten) óvulos vaginales, una cada 24 horas por seis días a la paciente y la crema del mismo producto al esposo de aplicación local durante ese tiempo ha logrado resultados excelentes."⁸ Evitar durante el tratamiento las relaciones coitales.

Limitación del daño.

Se debe tratar a la pareja para evitar reinfecciones; después del tratamiento es necesario realizar un cultivo o frotis de la secreción vaginal para asegurar que ya no hay infección.

Se debe dar el tratamiento antes de que se acerque la fecha probable de parto o se inicie el trabajo de parto para evitar la moniliasis neonatal.

Incapacidad biopsicosocial

Es molesto para la mujer el tener prurito y es sumamente vergonzoso rascarse en público; también les es de gran pena comentarle esto a su pareja y más aun pedirle que acuda al médico para que reciba tratamiento. Otro problema que se da es la preocupación que tiene la madre al pensar que el bebé se puede contagiar.

Defecto o daño bio-psicosocial

En la pareja no hay daño; pero el daño puede ser causado al neonato que puede presentar "candidiasis bucal que se caracteriza por la presencia de placas adherentes blanquecinas distribuidas sobre la mucosa de la boca."⁹

⁸ Eduardo Nuñez, Ginecología y obstetricia, Ed. Mendez editores, 3ª.ed., México, 1995, p. 725

⁹ Ernesto Calderón. *op. cit.*, p. 184

Estado crónico

El pronóstico es bueno porque con el tratamiento y las medidas antes descritas la infección es erradicada.

Prevención terciaria

Consiste en administrar al neonato "1 - 2ml de micostatin (100 000 a 200 000 unidades de nistatina) con gotero cuatro veces al día. Estudios clínicos limitados en prematuros y recién nacidos con bajo peso indican que 1 ml cuatro veces al día es eficaz."¹⁰

¹⁰ Diccionario de especialidades farmacéuticas, Ed. PLM, 43ªed., México, 1997, p. 1297

4.4 INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS

4.4.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LA INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS.

Definición:

Es un proceso infeccioso causado por la presencia de más de 100 000 colonias de bacterias por mililitro de orina que afecta al tracto urinario y puede o no acompañarse de síntomas de urosepsis.

Agente:

La bacteria que se presenta con mayor frecuencia es la "Escherichia coli" y la siguen la klebsiella, proteus, enterobacter, estafilococo, estreptococo y por último en menor frecuencia se tienen a las pseudomonas, serratia, citrobacter, neisseria gonorrhoeae, trichomonas, candida albicans y chlamidia.

Huésped:

Se ve afectada la población en general; se dice que es más frecuente en la mujer debido a su anatomía. También se ven afectadas las personas que tienen mala higiene perineal, aquellas que tienen vaciamiento de la vejiga por periodos prolongados, quien ingiere menos de 2 litros de agua diario; personas que están en etapa reproductiva y el embarazo, (este último se da en un 4-7% de acuerdo a Nuñez); así como personas a las que se les ha colocado sonda vesical.

Ambiente:

El nivel socioeconómico es el más afectado; se dice que la paridad es otro factor, así como el que la madre tenga "antecedentes de vaginitis, abortos, mortinatos, hipertensión arterial, diabetes, anemia, obesidad."¹¹

¹¹ Ernesto Calderón, op. cit., p. 243

Prevención Primaria

Promoción de la salud.

1. Informar a la población en general sobre la infección vías urinarias.
2. Alentar a la mujer a que "orine inmediatamente después de la relación sexual."¹²
3. "aconsejar a la paciente vaciar con frecuencia la vejiga y jamás ignorar la urgencia de micción."¹³

Protección específica.

1. Enseñar a la paciente ha "asearse alrededor del perineo y el meato uretral después de cada evacuación; limpiar de adelante hacia atrás para reducir al mínimo la contaminación fecal del área periuretral."¹⁴
2. Evitar el uso de irritantes externos como son los baños de burbujas, enjuagues y desodorantes vaginales perfumados.
3. Estimular la ingesta de 2 a 3 litros diarios de agua para disminuir el riesgo de infección.
4. Sugerir lo siguiente: a) ingerir diariamente un alimento fuente de vitamina "c" para estimular la resolución, el cambio de pH o mantener el pH ácido; b) tomar un vaso de jugo de piña, naranja, agua de limón y guayaba, para acidificar la orina; c) hacer una lista de alimentos ricos en hierro; d) evitar café, té, alcohol y especias pues son irritantes potenciales para la vejiga.
5. Instar a la embarazada a que acuda a todas sus consultas prenatales.
6. Enseñar a la embarazada a obtener la muestra de orina de medio chorro; así como utilizar en casa productos que le ayuden a detectar infecciones de las vías urinarias.

¹² Lillian Sholtis Brunner. Manual de la enfermera, t.3, Ed. Interamericana McGraw – Hill, 4ª.ed., México, 1991, p. 601

¹³ Arlene Burroughs, op. cit., p. 390

¹⁴ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 601

Etapa subclínica.**Contacto, entrada, desarrollo y multiplicación del agente.**

El ingreso de las bacterias al tracto urinario se da por medio de tres vías: la ascendente, la descendente o hematógena y la linfática.

La vía ascendente es la más común y ocurre a través de la uretra pasando de ésta a la vejiga en donde las bacterias pueden multiplicarse y continuar su ascenso hacia los uréteres y por último a los riñones. Se dice que “la uretra de la mujer es colonizada fácilmente por gérmenes patógenos del recto y del vestíbulo. La actividad sexual también favorece al ingreso de gérmenes. Otros factores que influyen son: la vulvo – vaginitis, el divertículo uretral, la higiene deficiente, la falta de asepsia en el paso de sondas a la vejiga y el vaciamiento incompleto de ésta.”¹⁵ La vía descendente o hematógena es poco frecuente y se presenta en mayor parte en pacientes inmunodeprimidos; “sucede por implantes hematógenos de bacterias lo cual se ve favorecido por el considerable flujo sanguíneo renal (que es el 25% del gasto cardiaco) y la elevada presión hidrostática capilar.”¹⁶

En la vía linfática la infección se debe a la intercomunicación del intestino grueso con el sistema urinario por medio de los conductos linfáticos; por lo que se entiende que la infección es procedente del intestino. Esta vía es poco frecuente.

Cambios anatomofisiológicos, bioquímicos locales y sistemáticos cambios psico-sociales.

Durante el embarazo se presentan cambios anatomofisiológicos que favorecen al desarrollo de la infección de vías urinarias. Esos cambios son aumento de tamaño de los riñones debido probablemente al incremento del volumen intersticial renal y del flujo sanguíneo; también hay dilatación de los cálices, pelvis renal y uréteres, siendo “el uréter derecho el que tiende a dilatarse más que el izquierdo, quizá por su trayectoria más expuesta a nivel del estrecho pélvico y a la protección del

¹⁵ Sergio Fiorelli, Complicaciones médicas en el embarazo, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 1996, p. 255

¹⁶ Id.

uréter izquierdo por el colon y quizá a causa de la torsión del útero".¹⁷ Otros cambios son el incremento de la filtración glomerular que favorece el paso de grandes cantidades de producto plasmáticos por el glomérulo favoreciendo así la presencia de glucosuria y aminoaciduria fisiológicas; claro que esto tiene que ver también con la disminución de la reabsorción tubular fraccional. Existe también un incremento en el flujo plasmático renal, edema del trigono vesical; "hipotonia vesical con aumento de la capacidad de llenado y vaciamiento incompleto, lo que predispone al reflujo vesicouretral y acceso a las vías urinarias superiores; aumento del pH por el incremento en la excreción de bicarbonato, que asociada con la glucosuria y aminoaciduria facilitan el incremento bacteriano"¹⁸. Por último se tiene una menor capacidad fagocítica y bactericida de los leucocitos.

Etapa clínica

Signos y síntomas.

Estos dependerán del sitio en el que se lleva a cabo la infección. En caso de que se presente en las vías bajas los síntomas serán la disuria, polaquiuria, la urgencia, el dolor, la hiperalgia abdominal baja, la fiebre y el escalofrío; si la infección se da en vías altas se pueden presentar los síntomas anteriores y fiebre alta, dolor lumbar, náusea, vómito, diarrea e hiperalgia en el ángulo costovertebral. Si se quieren signos y síntomas más específicos entonces se darán de acuerdo a los tres tipos clínicos:

1. Bacteriuria asintomática como su nombre lo dice no presenta sintomatología y se le define como aquella que se caracteriza por la presencia de más de 100 000 colonias de bacterias por ml de orina.
2. Cistitis en donde el órgano afectado es la vejiga que en ese momento se encuentra inflamada y se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas: disuria, urgencia, frecuencia,
3. Polaquiuria, nicturia, dolor suprapúbico sin fiebre y puede o no haber hematuria e incontinencia urinaria.

¹⁷ Queenan J.T., Atención del embarazo de alto riesgo, Ed. El manual moderno, México, 1985, p. 242

¹⁸ Sergio Fiorelli, op. cit., p. 255

4. Pielonefritis se le llama así cuando afecta al riñón y se clasifica en aguda y crónica. La pielonefritis aguda se caracteriza por fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, náusea, vómito, diarrea, constipación, frecuencia urinaria, urgencia y disuria.

Enfermedad, complicaciones, diagnóstico.

En la bacteriuria asintomática el diagnóstico se realiza por medio del resultado de dos urocultivos consecutivos que demuestren "la presencia de una sola especie de bacteria, con una concentración $\geq 10^5$ ó más gérmenes / ml de orina".¹⁹ Si la bacteria no es tratada la infección puede progresar a cistitis y ser diagnóstica por el cuadro clínico y un "análisis de orina en la que se observan muchos leucocitos, eritrocitos y bacterias."²⁰ Pero la bacteriuria también puede convertirse en pielonefritis que al igual que las anteriores se detecta por los signos y síntomas y el urocultivo, sus consecuencias pueden ser un mayor riesgo de que se presente trabajo de parto prematuro y choque séptico. Otras complicaciones que se dan en la infección vías urinarias es la hipertensión, anemia durante el embarazo, extensión directa de la infección, compromiso placentario y/o miometrial, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, bajo peso del recién nacido, menor edad gestacional, infección neonatal y fiebre posparto.²¹

La infección de vías urinarias puede confundirse con vaginitis, apendicitis y amenaza de parto pretérmino por lo que se debe hacer un diagnóstico diferencial.

Prevención secundaria

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

En caso de identificar pacientes con bacteriuria asintomática el tratamiento es ambulatorio y se trata en las "primeras 20 semanas: 14 días de antibioticoterapia basada en las pruebas de sensibilidad si se dispone de ellas; de no ser así:

Sulfisoxazol: al comienzo 2-4g/día, luego 4-8g/día en 4-6 dosis.

¹⁹ Jonh Sever, Manual de infecciones perinatales. Ed. Salvat, Barcelona, 1984, p. 98

²⁰ Sharon Reeder, Enfermería materno-infantil, Ed. Interamericana McGraw-Hill, 17ªed., México, 1995, p. 108

²¹ Ernesto Calderón, op. cit., p. 184

Nitrofurantoina 200-400mg/día en 4 dosis

Ampicilina 1g cada 8 horas por 10 días

Cefalexina 2g/día en 4 dosis

Segundas 20 semanas: suprimir el sulfisoxazol²²

También se debe incrementar la ingesta de líquidos (2 litros diarios) vía oral.

El tratamiento para la cistitis es el siguiente: "antiespasmódicos de la musculatura lisa como bromuro de propantelina y antiinflamatorios del tipo indometacina. Antiséptico urinario como la nitrofurantoina, 5 a 10mg/Kg/día VO, durante siete a diez días, como tratamiento de primera elección. Antibióticos de amplio espectro como la ampicilina, 1 g. Cada 8 horas VO y cefalosporinas de administración oral como la cefalexina, 2 a 4g al día, durante siete a diez días."²³ Se debe incrementar la ingesta de líquidos.

El tratamiento para la pielonefritis se inicia con la hospitalización y se inicia la antibioticoterapia por vía parenteral con "ampicilina, 2g. IV/6h, al comienzo y luego 1g/6H. Continuar a antibióticos orales (...) durante 14 días o hasta el parto."²⁴ Se debe hidratar a la paciente por vía parenteral, llevar un registro de diuresis procurando mantenerla mínimo en 30 ml/ hora; también se otorgan analgésicos y antipiréticos como el acetaminofén; si se considera tratar con aminoglucósidos, se recomienda utilizar gentamicina 3 a 5 mg/Kg/día en 3 dosis; además de lo anterior es aconsejable mantener vigilancia de la tensión arterial y de la FCF.

Limitación del daño

Se recomienda que las mujeres con infección vías urinarias se les realizan cultivos durante el embarazo hasta que el resultado sea negativo o hasta el parto; ingerir líquidos para inducir la diuresis y eliminar así las toxinas y bacterias; otra medida es la abstinencia de relaciones coitales; así como el mantener el reposo físico;

²² Jhon Sever, op. cit., p. 102

²³ Sergio Fiorelli, op. cit., p. 258

²⁴ Jhon Sever, op. cit., p. 102

aconsejar el vaciamiento frecuente de la vejiga; con esto se pueden prevenir recaídas.

Incapacidad biopsicosocial

La mujer en estos momentos puede estar preocupada por el futuro de su bebé, en caso de ser hospitalizada sus actividades cotidianas se ven truncadas y si trabaja su preocupación también será el si la van a correr y si tiene hijos en casa crece su angustia; también es difícil para ella cambiar sus hábitos principalmente en incrementar la ingesta de líquidos.

Defecto o daño

Si la infección no fue tratada entonces se puede dar la lesión renal que agrava el embarazo decidiéndose la interrupción del embarazo.

Estado crónico y muerte

Si no se llega a la lesión renal el pronóstico es bueno; pero si se da la lesión será malo porque el feto muere in útero y el problema se agrava en los embarazos sucesivos.

Prevención terciaria

Es necesario que la mujer aplique en su vida cotidiana las medidas de higiene, nutrición y detección de la infección por medio de tiras reactivas y los signos y síntomas. En caso de pérdida fetal se debe dar tratamiento psicológico y enseñar a la pareja y familia a dar el apoyo emocional.

4.5 AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

4.5.1 Anatomía y fisiología

El proceso de trabajo de parto se divide en 3 partes una que es la fuerza del trabajo de parto que corresponde al útero porque en él se llevan a cabo las contracciones y el reflejo de pujo, la otra corresponde al feto y la última es el canal del parto que es la pelvis ósea.

El órgano en el que se realiza la fuerza del trabajo de parto es el útero que es un órgano muscular, hueco en forma de una pera invertida que se sitúa entre la vejiga y el recto, además se encuentra en sentido anteroposterior y su tamaño varía con la edad y la paridad, pero normalmente se dice que " mide de 7 a 8 cm de longitud por 5 a 6 cm de ancho en su parte fundica y 1.75 cm de grosor, se mantiene en su sitio gracias a los ligamentos de sostén. Tiene cierto grado de movilidad y puede estar en anteversión, situación intermedia o retroversión"²⁵

Consta de tres partes: 1) el fondo del útero que se localiza en la parte superior por arriba de las trompas uterinas, 2) el cuerpo del útero que es la parte central y la de mayor tamaño y 3) el cérvix que representa a la porción inferior que está abierta y estrecha que se comunica con la vagina; "entre el cuerpo del útero y el cérvix se encuentra el ístmio que es la parte angosta que mide 1cm de longitud".²⁶ También se compone de tres capas que son: a) la externa conocida también como serosa o peritoneo que cubre casi a todo el cuerpo menos a la parte anteroinferior que es la que está relacionada con la vejiga; en ella se localizan los elementos de sostén del útero (ligamentos redondo, uterosacros, cardinales o de Mackenrodt y anchos); 2) la media, muscular o llamada también miometrio que se caracteriza por ser la capa más gruesa y resistente, esta formada por fibras musculares lisas y largas; 3) la interna o endometrio capa que se encarga de revestir la cavidad uterina que al

²⁵ Héctor Mondragón, Ginecoobstetricia para enfermeras, Ed. Trillas, México, 1995, p. 11

²⁶ Gerard Tortora, Anatomía y fisiología humana, Ed. Harla, 6ªed., México, 1991, p. 919

desprenderse da lugar a la menstruación, por influencia hormonal que ocasiona los cambios cíclicos en dicha capa.

Los ligamentos de sostén del útero son: a) redondos que son bandas musculares de forma redonda que se insertan en la pares lateral, cerca del fondo uterino y se dirigen hacia fuera al orificio inguinal interno; b) anchos se encargan de fijar al útero a uno y otro lado de la cavidad pélvica; c) uterosacros estos se encuentran a ambos lados del recto y se encargan de conectar al útero con el sacro; d) cardinales o de Mackenrodt son el principal elemento de sostén del útero y su función es la de evitar que se colapse en dirección a la vagina.

El útero está irrigado por dos arterias la ovárica y la uterina; y dos venas también ovárica y uterina. "La arteria uterina constituye la principal fuente, y es la rama principal de la arteria hipogástrica que entra en la base del ligamento ancho y atraviesa hasta el lado del útero. La arteria ovárica es una rama de la aorta, penetra al ligamento ancho y al llegar al ovario se ramifica en arterias menores que penetran al órgano, mientras que el tronco principal atraviesa por el margen superior del útero, en donde se une con la rama ovárica de la arteria uterina."²⁷ Las venas son las que se encargan de drenar al útero de la siguiente manera, la vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior y la ovárica izquierda lo hace en la vena renal izquierda y las uterinas lo realizan en las venas ilíacas internas.

La inervación del útero se deriva del sistema nervioso simpático y parte del cerebroespinal y parasimpático que contienen fibras motoras y sensoriales; la función que tiene en general suele ser del tipo antagonista. La función principal del sistema simpático es la de dar origen a las contracciones musculares y hacer vasoconstricción, mientras que el sistema parasimpático inhibe a la contracción y ocasiona vasodilatación. De las tres capas del útero drenan numerosos vasos linfáticos que se localizan en los bordes laterales del

²⁷ Sharon Reeder, op. cit., p. 106

útero que desemboca en los ganglios sacros, medio y laterales, iliacos internos y externos, aorticos laterales y preaórticos.

Las funciones del útero son la menstruación, la implantación, el desarrollo del feto durante el embarazo y la expulsión del feto durante el trabajo de parto.

1. **La menstruación** "es el desprendimiento periódico de sangre, mucosidad, y células epiteliales de las capas superficiales e intermedia del endometrio que se presenta a partir de la pubertad a intervalos mensuales con una duración de 3 a 4 días y continúa así hasta la llegada de la menopausia, teniendo como excepción el embarazo y la lactancia."²⁸ La menstruación tiene que ver con la porción endometrial del útero que se compone de tres capas la basal o compacta, media o esponjosa y la superficial; estas capas sufren cambios durante el ciclo menstrual con el fin de preparar un nido que le sirva para su nutrición y crecimiento al óvulo fecundado.

El ciclo menstrual se divide en tres fases:

- a) Fase proliferativa, posmenstrual, estrogénica o preovulatoria. Esta fase se presenta del 1º al 14º día del ciclo y se caracteriza por el desarrollo de los distintos componentes histológicos del endometrio (vasos, glándulas y estromas).
- b) Fase secretoria, premenstrual, progesterónica o decidual. Esta fase ocurre entre el 14º y el 28º día; en ella continúa el endometrial y aparece secreción en la luz glandular, de manera que propicia al endometrio para que ocurra la nidación.
- c) Fase menstrual en esta fase se presenta el desprendimiento del endometrio al ocurrir la disminución de la concentración hormonal, lo cual produce la aparición del sangrado menstrual esto se da aproximadamente cada 28 días y se caracteriza por ser de color rojo oscuro, de olor desagradable que

²⁸ Ibid., p. 110

se debe a la presencia de la secreción proveniente de las glándulas vulvares; se considera que es más abundante los dos primeros días.

2. La **implantación** conocida igualmente como nidación y tiene lugar siete u ocho días después de la fecundación e indica que el blastocisto se ha fijado al endometrio lo que le permitirá absorber de sus glándulas y vasos sanguíneos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.
3. El **desarrollo del feto** durante el embarazo hace que el útero cambie de una forma similar a una pera a una globular y a partir del segundo mes de embarazo aparecen los signos de Hegar, Goodell y Pistacek; en el tercer mes aparece el signo de Chadwick, y el útero rebasa el borde pélvico a las 12 semanas; también pueden iniciarse las contracciones de Braxton Hicks. Para el cuarto mes el fondo del útero se localiza entre la sínfisis púbica y el ombligo; en el quinto mes la altura del fondo del útero esta a nivel del ombligo, al sexto mes rebasa el ombligo, al séptimo se localiza entre el ombligo y el apéndice xifoides; en el octavo mes llega al apéndice xifoides y al noveno descende un poco y las contracciones de Braxton Hicks se hacen más intensas.
4. La **dinámica uterina durante el trabajo del parto** es regular y efectiva porque permite que en un primer periodo se de el borramiento y la dilatación; al completarse la dilatación cervical entra en juego la presión abdominal que aunada a la fuerza contráctil del útero dan origen al segundo periodo en el que la presentación fetal descende y posteriormente es expulsado el feto hacia el exterior. Por último se tiene el periodo del alumbramiento; en el posparto las contracciones uterinas disminuyen en frecuencia, intensidad y propagación con el fin de ayudar a expulsar coágulos y loquios.

4.5.2 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO.

“El trabajo de parto pretérmino es aquel que ocurre de la vigésima a la trigésimo séptima semana de gestación que se acompaña de actividad uterina dolorosa y regular asociada con dilatación progresiva, borramiento o ambos, o actividad uterina regular, en ocasiones con un cérvix con dilatación ≥ 2 cm o borramiento de ≥ 80 %.”²⁹

Periodo prepatogénico

Agente:

El agente etiológico del trabajo de parto pretérmino es desconocido porque no existe un factor exclusivo de este aunque se atribuye a factores del macroambiente, microambiente y matroambiente.

Huésped:

Es más frecuente en mujeres menores de 20 y mayores de 30 años, estatura menor a 1.50 m, primigestas, raza negra, mala alimentación principalmente con un aporte proteínico menor a 50g por día y mujeres que realizan trabajos pesados y/o fatigantes.

Ambiente:

Los factores del macroambiente se relacionan con condiciones socioeconómicas y culturales deficientes como educación para la salud escasa o nula, insuficiente oportunidad y calidad de atención perinatal especializada, desempleo, tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia, alimentación inadecuada.

Dentro del microambiente se tienen problemas del útero como sobredistensión causada por embarazo gemelar o producto macrosómico, cuello uterino

²⁹ David Shaver, Manual clínico de obstetrician, Ed. Interamericana McGraw-Hill, 2ª ed., México, 1995, p. 442

incompetente, subsetación o duplicación del conducto superior, sangrado uterino después de la 12 semana de gestación, tumores y miomas; otro problema de este ambiente es el correspondiente a la placenta como placenta defectuosa, anomalías, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta; los correspondientes al líquido amniótico son polihidramnios y amnionitis; por último se tiene a los problemas fetales tales como muerte fetal o malformaciones.

En el matroambiente se encuentran los factores siguientes la edad de la madre menor de 20 o mayor de 30 años, estatura menor a 1.50 m, peso inicial por debajo de los 45 Kg, aumento de peso menor a 5 Kg para la semana 32 de gestación, anemia, hemoglobina menor a 11, aporte proteínico menor a 50 g por día, alcoholismo, tabaquismo, consumo excesivo de café, drogadicción, embarazo no deseado, madre soltera, el trabajo intenso, el estrés, enfermedades maternas como la diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva del embarazo, cardiopatías, enfermedad renal, pielonefritis, infecciones asintomáticas de las vías urinarias, infecciones cervicovaginales, sífilis, neumonía, multiparidad, abortos previos y partos prematuros anteriores.

Prevención primaria

Promoción de la salud

1. Educación médica: Capacitación y supervisión de parteras empíricas para la atención de embarazos de bajo riesgo.
2. Fomentar en las mujeres embarazadas las visitas prenatales.
3. Educación sexual con el fin de lograr embarazos planificados.
4. Planificación familiar: elección del número de hijos, periodo intergenésico de 2 a 3 años, embarazos después de los 20 y antes de los 30 años.
5. Educación de hábitos y costumbres: abstención del tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y consumo excesivo de café; vaciar la vejiga cuando menos cada dos horas.
6. Programa de regionalización de asistencia perinatal para identificar mujeres con embarazos de alto riesgo.

Protección específica

1. Inmunizaciones específicas: aplicación de vacuna toxoide tetánico, 2 dosis con intervalo de 2 meses y una tercera al año, 0.5ml por vía intramuscular profunda.
2. Dieta equilibrada: incrementar el aporte proteínico, suplemento de hierro y vitaminas, beber de 2 a 3 litros de agua o jugo diario.
3. Programa de prevención del parto de pretérmino:
 - Evaluar el grado de riesgo de tener parto de pretérmino
 - Educación de las mujeres en riesgo para identificar los signos de parto de pretérmino
 - Realizar examen regular del cervix y vigilar la actividad uterina durante una hora dos veces al día.
4. Ejercicio físico adecuado:
 - “Descansar de 2 a 3 veces al día en decúbito lateral izquierdo
 - No levantar objetos pesados
 - Realizar las actividades necesarias despacio con el fin de evitar el cansancio”³⁰
5. Hacer visitas regulares de control prenatal para detectar infecciones, toxemia, cardiopatías, nefropatías y diabetes.

Periodo patogénico

Etapas subclínica

Cambios anatómicos, fisiológicos, químicos y psico-sociales

“La actividad uterina se incrementa por situaciones que reducen la perfusión uteroplacentaria y, por consiguiente, el riego sanguíneo placentario. Algunos de los factores que reducen el riego placentario por constricción de vasos son tabaquismo (más de 10 cigarrillos al día) y consumo crónico de cocaína o de drogas similares, disminución del riego sanguíneo por compresión de vasos,

³⁰ Sally Olds, Enfermería maternoinfantil, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 4ª ed., México, 1995, p. 498

hipovolemia por hemorragia o deshidratación”.³¹ También se cree que la producción placentaria de progesterona bloquea la actividad del miometrio situado por debajo de la placenta durante el embarazo. La disminución de la producción de progesterona elimina el bloqueo y permite que se inicie el trabajo de parto. Parece que este efecto es mediado primordialmente por la producción de prostaglandinas en la decidua uterina de las membranas fetales.

“La iniciación del trabajo de parto puede verse influida también por los cambios del flujo sanguíneo uterino. En general la reducción del flujo sanguíneo se acompaña de la actividad uterina, en tanto que la mejoría de dicho flujo fomenta la relajación uterina.”³²

Etapas clínicas

Signos y síntomas

1. Cólicos de tipo menstrual o abdominal
2. Presencia de contracciones uterinas regulares entre la semana 20 y 37 de gestación con frecuencia de menos de 2 en 10 minutos, 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, sin o con modificaciones cervicales \geq 70 u 80% de borramiento y/o \geq 2cm de dilatación.
3. Útero menor de 29cm.
4. Pérdida sanguínea o expulsión del tapón mucoso.
5. Lumbalgia poco intensa, constante o intermitente.
6. Dolor persistente en los muslos.
7. Pesantez pélvica percibida por la madre.
8. Aumento o cambio de la secreción vaginal.

³¹ Joan Lukmann, Cuidados de Saunders de enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 1997, p. 438

³² Queenan, J.T. op. cit., p. 1080

Enfermedad, complicaciones, diagnóstico

En este momento el diagnóstico se hace con los signos y síntomas, más adelante se mencionan las pruebas de laboratorio y gabinete que se usan para confirmar el diagnóstico.

Las complicaciones maternas son: la tensión psicológica, los riesgos fisiológicos derivados del tratamiento médico y la corioamnionitis.

Dentro de las complicaciones fetales se encuentra la prematuridad, sufrimiento fetal, síndrome de insuficiencia respiratoria, hemorragia intraventricular, ceguera, enterocolitis necrosante, impedimentos neurológicos, displasia broncopulmonar y muerte fetal, estos problemas se deben en general a la falta de la maduración pulmonar del recién nacido.

Prevención secundaria

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

Diagnóstico precoz

1. Historia clínica completa.
2. Cuadro clínico.
3. Tacto vaginal o especuloscopia.
4. Valoración de la actividad uterina por clínica o tocógrafo.
5. Evaluación del riesgo por medio del Índice tocolítico de Lowenberg para uteroinhibición:

CALIFICACIÓN	0	1	2
Altura de la presentación	Libre	Abocado	Encajado
Borramiento cervical	Formado	Borrándose	Borrado
Actividad uterina	No	1 – 2 x 10 min.	3 x 10 min.
Dilatación cervical	No	1 – 2 cm	3 ó más
Expulsión del tapón mucoso	No	Expulsión sangre	Expulsión con sangre

➤ Éxito de uteroinhibición

PUNTOS	1	2	3	4	5	6	+7
% PROBABILIDAD	100	90	84	38	11	7	Nunca

Referencia: Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional General ISSSTE Zaragoza (1998).

6. Pruebas de laboratorio:

a) Biometría hemática

VALORAR	DETERMINA
Hematocrito y hemoglobina	Identificar anemia
Cuantificación diferencial de leucocitos	Identificar procesos infecciosos
Plaquetas	Valorar el mecanismo de coagulación sanguínea

b) examen general de orina

VALORAR	DETERMINA
Azúcar (glucosuria, glicemia)	Diabetes gestacional
Albúmina (proteinuria)	Preeclampsia, tensión renal o alteraciones renales
Microscópico	Enfermedades renales, infecciones del aparato urinario
Cultivo de orina	Infección del aparato urinario

c) Exudado vaginal: Infecciones cervicovaginales.

7. Pruebas de gabinete: ultrasonido.

El ultrasonido es útil "para delimitar con precisión la anatomía normal y anormal del feto... Las partes fetales pueden medirse para determinar el crecimiento y edad gestacional."³³

Las mediciones que se realizan son las siguientes:

MEDICIÓN FETAL	OBSERVACIONES	DETERMINA
Longitud cefalocaudal (LCC)	Es confiable hasta la semana 12 de gestación.	Semanas de gestación las cuales pueden variar: +3 días entre la semana 7ª y 10ª +5 días entre la 10ª y 14ª
Cabeza fetal: Diámetro biparietal (DBP) * Menos de 90 mm DBP nos puede decir bebé pretérmino.	Es confiable en la 9ª y 10ª semana de gestación (SDG), entre la 15 y 16 varía +.5 - 7 días y después de la 28 +.3 semanas.	Edad gestacional, peso anomalías como microcefalia e hidrocefalia.
Cabeza fetal: índice cefálico (IC)	Es normal cuando esta entre 0.86 y 6.70	Normalidad de la cabeza fetal
Cabeza fetal: circunferencia cefálica (CC)	Se obtiene de las mediciones de DBP y del diámetro occipitofrontal. $IC = [DBP + DOF] \times 1.57$	Edad gestacional, retraso en el crecimiento intrauterino, microcefalia.
Cuerpo fetal: circunferencia abdominal (CA)	Debe tomarse a nivel de la vena porta y se obtiene: $CA = ([\text{Diámetro transverso del abdomen} + \text{diámetro anteroposterior}] \times 1.57)$	Retraso en el crecimiento intrauterino y edad gestacional
Extremidades fetales: longitud femoral (LF)	Se obtiene a partir de la semana 10	Edad gestacional, displasias esqueléticas

³³ Id.

VALORACIÓN AMNIÓTICO	LÍQUIDO	OBSERVACIONES	DETERMINA
ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO (ILA)		Oligohidramnios $\leq 5\text{cm}$	Gestaciones de postérmino, disfunción renal, uropatía obstructiva y rotura de membrana.
		* El color cetrino como agua de limón puede indicar pretérmino.	
		Hidramnios $\geq 24\text{cm}$ Puede ser causado por diabetes y anemia materna, anomalías congénitas del sistema nervioso central como anencefalia; del sistema digestivo como fistula traqueoesofágica, obstrucción del tubo digestivo superior, macrosomia idiopática, hydrops feta y aneuploidea	Parto pretérmino, rotura prematura de membranas, prolapso del cordón umbilical y muerte perinatal

VALORACIÓN PLACENTARIA	OBSERVACIONES	DETERMINA
Ubicación		Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
Tamaño	Agrandada	Causado por enfermedad hemolítica del recién nacido, diabetes y anemia materna. Sirve para determinar edema de las vellosidades corionicas
	Pequeña	Causada por preeclampsia
Madurez	Se valora alrededor de la 21 SDG Grado 0 a III	Grado de calcificación de la placenta. La graduación de la placenta + DBP + ALF = evaluación de la madurez pulmonar fetal y determinar el momento para partos electivos

8. Hacer diagnóstico diferencial entre trabajo de parto falso, la amenaza de parto pretérmino y el trabajo de parto de pretérmino.
9. Determinar la edad gestacional por fecha de la última menstruación o ultrasonografía.

Tratamiento oportuno

1. En caso de amenaza de parto de pretérmino: Cuando se presenten menos de 6 contracciones uterinas en una hora sin modificaciones cervicales, se mantendrá a la paciente en:
 - a) Reposo en decúbito lateral izquierdo durante una hora con el fin de incrementar el flujo sanguíneo hacia el útero y así disminuir la actividad uterina.
 - b) Identificar la posible causa.
 - c) Si la contractilidad ha disminuido será egresada con las siguientes indicaciones:
 - Reposo domiciliario.
 - Hidratación oral para incrementar el volumen vascular.
 - Abstinencia de relaciones sexuales porque el líquido seminal contiene grandes cantidades de prostaglandinas, las cuales tienen una actividad oxicotica que estimula la actividad uterina.
 - Regresar al hospital en caso de que la actividad uterina se incremente.
2. En el trabajo de parto pretérmino: cuando se presenten más de 6 contracciones en una hora y se tenga menos de 4cm de dilatación se hará lo siguiente:
 - a) Administración de una carga intravenosa de 300 ml de suero glucosado "con esta medida se puede obtener efecto de placebo o bien, se ha descrito un defecto farmacológico de inhibición de la hormona antidiurética y oxitocina por el efecto rehidratante de la solución".³⁴
 - b) Mantener a la paciente en reposo absoluto y en decúbito lateral izquierdo.

³⁴ Eduardo Nuñez, op.cit., pp. 528 - 529

- c) Toma y registro en partograma de signos vitales, actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal.
- d) Valorar el uso de uteroinhibición de acuerdo al índice tocolítico de Lowemberg tomando en cuenta las contraindicaciones para realizar la uteroinhibición:

“Contraindicaciones absolutas.

- Hipertensión inducida por el embarazo grave.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta grave.
- Corioamnionitis.
- Muerte fetal.
- Anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Retraso grave en el crecimiento fetal.

Contraindicaciones relativas.

- Hipertensión crónica benigna.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta leve.
- Placenta previa estable.
- Enfermedad cardíaca materna.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes sacarina no controlada,
- Sufrimiento fetal.
- Anomalías fetales.
- Retraso benigno en el crecimiento fetal.
- Cuello uterino con más de 5 cm de dilatación.³⁵

- e) De resultar candidata para la uteroinhibición se dará inicio al tratamiento farmacológico con agentes tocolíticos:

- Beta – adrenérgicos: isoxuprina, orciprenalina, salbutamol, terbutalina, ritodrina, fenoterol.
- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas: indometacina, naproxen.
- Sulfato de magnesio

³⁵ Sharon Reeder, op. cit., p. 985

- f) “En el segundo día de hospitalización en piso se permitirá movilización relativa y continuará con su esquema de inhibición oral con el que será dada de alta al tercer día, así como la indicación de regresar en caso de signos o síntomas de alarma.”³⁶
- g) Administrar inductores de maduración pulmonar en embarazos de más de 25 y menos de 34 semanas de gestación:
- Betametasona
 - Hidrocortisona
 - Ambroxol

Limitación del daño

En caso de que no se logre la uteroinhibición se deberá llevar a cabo la atención del parto pretérmino con las siguientes indicaciones:

1. Evitar que el producto pueda presentar el síndrome de insuficiencia respiratoria que es el mayor problema que puede darse por causa de la deficiencia del surfactante pulmonar utilizando para ello betametasona.
2. Utilizar oxitocina sólo en caso de asegurar un trabajo de parto breve.
3. Vigilar la frecuencia cardíaca fetal periódicamente con el fin de detectar sufrimiento fetal que obligue a realizar una cesárea.
4. “Menor de 26 semanas (inmadurez externa), parto vaginal procurando evitar la asfixia y todo traumatismo en el parto.
5. De 26 a 31 semanas – nacimiento por cesárea corporal o segmento corporal de elección.
6. De 32 a 34 semanas – presentación de vértice, ante trabajo de parto espontáneo, con membranas integra.
7. Progresión adecuada del parto y frecuencia cardíaca fetal normal. Parto vaginal efectuando episiotomía amplia y evitando oxitócicos y uso de fórceps.
8. En caso de no cumplirse estos requisitos, operación cesárea, a excepción de que ya haya transcurrido el trabajo de parto en el que se permitirá parto vaginal.

³⁶ Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología, Ed. INPer, México, 1998, p. 13

9. Otras presentaciones: cesárea.
10. Más de 34 semanas: presentación cefálica variedad de vértice: igual que el parto de término, y en presentación pélvica cesárea.³⁷
11. Se deberá contar con una unidad de cuidados intensivos para el recién nacido y de no ser así se deberá trasladar a un hospital de tercer nivel para continuar con su tratamiento.

Incapacidad biopsicosocial

1. "Reposo en cama que puede ser corto o prolongado dependiendo de la desaparición de los síntomas. El reposo en cama es un tratamiento común para el parto prematuro; sobre el costado incrementa el flujo sanguíneo hacia el útero y favorece la disminución de la actividad uterina. En posición SemiFowler suele reducir algunos efectos secundarios adversos, como atrofia muscular, pérdida ósea, cambios en el gasto cardíaco, disminución de la movilidad gástrica y reflujo. Además, el reposo en cama podría resultar en pérdida de peso, depresión y ansiedad."³⁸
2. La abstención de relaciones sexuales puede afectar psicológicamente a la pareja porque la mujer piensa que el hombre la engaña con otra y en ocasiones el hombre cree que es un pretexto por lo que se recomienda tener otro tipo de acercamientos y hable del problema.

Defecto o daño biopsicosocial

En el prematuro depende del grado de prematurez, pero los más sobresalientes son: retardo mental, displejía espástica, convulsiones, daño cerebral mínimo, sordera de percepción, fibroplasia retrolental, estrabismo, displasias traqueobronquiales y pulmonares, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrosante.

³⁷ Ibid., pp. 13 - 14

³⁸ Arlene Burroughs, op. cit., p. 403

En la madre se puede presentar daño emocional por la separación del niño en los primeros días de vida y el estado de salud de este.

La familia se ve afectada económicamente por los costos que implica la estancia de la madre y el recién nacido prematuro.

Estado crónico y muerte

Los productos prematuros aportan de un 60 a 70% de la mortalidad perinatal, la cual puede disminuir al demorar el nacimiento hasta que se de la madurez pulmonar fetal y con ello la incidencia de las complicaciones neonatales.

Prevención terciaria

En este nivel se deben identificar los factores del microambiente y matroambiente que afecten las condiciones del bienestar fetal teniendo como resultado el sufrimiento fetal que obligue a la inducción de la aceleración de la maduración pulmonar; también se deben identificar factores de alto riesgo en el intraparto con el fin de elegir la vía de nacimiento que afecte menos al feto; por último se deberá brindar atención especializada al neonato para cubrir sus necesidades de acuerdo a su estado de salud, así como orientar a la familia en como puede ser su participación en la atención al neonato.

5 HISTORIAS DE ENFERMERÍA Y SOVPEE BASADAS EN LA TEORÍA DE OREM

5.1 PRIMERA VISITA

Fecha de elaboración: 06 de Abril del 2000

Hora: 17:00

I. PERFIL DEL CLIENTE

- A. Características personales: Se trata de paciente femenina de nombre Gloria E., de 25 años de edad que vive en unión libre con el señor Daniel H., de 27 años; ellos viven en la super manzana 3 manzana 21 edificio 3 departamento D en la colonia Ejercito Constitucionalista, su teléfono es el 57-73-52-32. la señora Gloria radica en el D.F., y en ese domicilio desde hace 25 años, es católica, estudió la carrera de técnico en computación y actualmente trabaja como cajera en una tienda de la central camionera del Sur.
- B. Orientación actual de salud: Para ella la salud es importante porque al estar enferma no puede realizar las actividades que en condiciones saludables realiza como es el caso de que actualmente no puede ir a trabajar y su bebé esta en peligro. Considera que la salud es no tener ninguna enfermedad y que se obtiene mediante una buena alimentación, hacer ejercicio y llevarse bien con la familia.
- En este momento su objetivo es estar sana para que su bebé nazca hasta que tenga los nueve meses de embarazo y sea sano.
- C. Características de la familia: Su familia es extensa e integrada en donde los miembros de la familia son la señora Rosa (mamá de Gloria) de 53 años, jubilada que aporta aproximadamente \$500.00 mensuales; Rolando (hermano de Gloria) de 23 años y empleado de una tienda deportiva, su aportación económica es de \$1000.00 mensuales; Daniel es bicitaxista y aporta \$1000.00 mensuales; el ingreso de Gloria es de \$800.00 mensuales; y por último esta Esthefany de 3 años.

La **comunicación** entre los miembros de la familia es considerada como buena por Gloria; indica que entre todos toman las decisiones de comprar, de arreglar la casa, y que cada uno tiene ya especificada su actividad en la casa; ella se encarga del aseo de la cocina y de hacer de comer cuando no trabaja.

Acostumbran salir juntos a fiestas y en ocasiones la pareja sale con sus amigos a reuniones, bailes, días de campo, etc. Lo que le molesta en su casa es que ensucien antes de que termine de limpiar por eso les pide que se salgan a comprar lo de la comida o que lleven a su hija a jugar.

D. Características ambientales:

1. **Características de la vivienda:** La casa en la que viven es de la señora Rosa; la vivienda es de material durable y cuenta con los servicios de agua, luz, drenaje, gas, ventilación natural (6 ventanas) y artificial. La distribución es la siguiente: sala – comedor, cocina, baño y 2 dormitorios. Conviven con tres gatos que normalmente están afuera de la casa y un perro que se encuentra en el patio de atrás. Por último la basura la tiran diario en el carrito recolector.
2. **Características de la comunidad:** La comunidad en donde vive está pavimentada, hay banquetas, recolección diaria de basura por el carrito y el camión de basura; cuentan con alumbrado público, vigilancia, teléfonos públicos, medios de transporte (microbuses, trolebuses, taxis, tren ligero y parabuses), centros educativos (kinders, primarias, secundarias, CCH, CONALEP, CETIS, Centros de alfabetización y FEZ Zaragoza), y servicios de salud (médicos particulares, dispensarios médicos, dentistas, hospitales y clínicas del ISSTE e IMSS. También cuenta con mercados, tianguis, plazas comerciales, centros de autoservicio y centros de recreación como deportivo, parque, DIF y gimnasios.

II. NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

A. AIRE

- a) Datos subjetivos: acostumbra bañarse y cambiarse de ropa interior y exterior diario; acostumbra limpiarse la nariz cuando se baña y cuando siente que tiene mucosidad; se lava los dientes 3-4 veces al día, una cuando se levanta y las otras después de cada comida. En este momento considera que no tiene ningún problema con su respiración.

- b) Datos objetivos: sus signos vitales son T/A 100/60, pulso 74 x min. Respiración 21 x min, temperatura 36.4°C. en la exploración física se encuentra con cabello bien implantado, brillante y sedoso, su olor es agradable; la nariz es central sin alteraciones con percepción normal de olores; miembros torácicos simétricos; cardiopulmonar sin compromiso, sistema vascular se encontró frialdad en miembros inferiores porque hace frío y ella trae puesto un vestido y sandalias; el llenado capilar es de 2"

B. LÍQUIDOS

- a) Datos subjetivos: Toma menos de un litro de agua de sabor en el día porque le desagradan los líquidos tibios y calientes, así como el agua simple.

- b) Datos objetivos: Se observa que la piel está un poco reseca, mucosas orales hidratadas, resto sin alteración.

C. ALIMENTOS

- a) Datos subjetivos: dice que se lava las manos prepara los alimentos y cuando va a comer; no come carne, mantequilla ni frituras, todos los días come frutas y verduras; se toma dos vasos de leche fría uno por la mañana y otro en la noche, todo lo guisa con aceite vegetal (aproximadamente utiliza 2 cucharaditas para guisar), el huevo y el queso los consume 2 veces a la semana y tres veces a la semana

come embutidos. Acostumbra acompañar sus alimentos con tortillas (9 al día), come un pan al día; normalmente utiliza 2 cucharaditas de azúcar al día y menos de una de sal.

Los alimentos que le gustan son las frutas, verduras y el jamón; el alimento que le desagrada es el chorizo.

Acostumbra sentarse a comer a la mesa con su familia cuando puede (fines de semana), no le gusta comer sola; hace tres comidas; la primera cuando desayuna antes de irse a trabajar (5:30); en el trabajo en algunas ocasiones se come una torta o ve que hay cerca del lugar en el que trabaja y come (no tiene horario fijo de comida, puede salir cuando la van a cubrir), la cena dice es aproximadamente a las 21-22 horas porque espera a que llegue de trabajar su esposo.

No le gusta comer rápido porque no disfruta lo que come, pero en el trabajo si lo tiene que hacer porque le dan media hora y esto le desagrada porque no disfruta lo que come.

- b) Datos objetivos: Gloria mide 152cm y pesa 51Kg. En la revisión bucal se detecto adoncia de incisivo central izquierdo; resto del sistema digestivo sin alteraciones.

D. ELIMINACIÓN

- a) Datos subjetivos: Su limpieza perineal es de adelante hacia atrás. Evacua una vez al día por la mañana, la evacuación es de color café, formada y en ocasiones dura. La micción es aproximadamente de seis veces al día, dice que desde hace un mes siente urgencia, ardor al orinar y se levanta al baño por las noches. Refiere que en el trabajo se aguanta las ganas de ir al baño porque considera que los baños están sucios y le da miedo contraer una enfermedad porque son baños públicos y prefiere aguantarse hasta llegar a su casa por eso también no toma mucho agua

para no tener que ir al baño de su trabajo (aproximadamente la retención de orina es de 8-9 horas).

Se ha dado cuenta de la presencia de flujo vaginal de color blanco no fétido que le ocasiona mucha comezón en los genitales. Usa duchas vaginales con benzal cada mes después de la menstruación.

b) Datos objetivos: Se detecto Giordano positivo en fosa renal derecha principalmente; la vulva se observa ligeramente enrojecida y con pequeñas cicatrices del rascado. En la pantaleta se observa una secreción blanca/ amarilla no fétida de aproximadamente de 2 cm de diámetro.

E. ACTIVIDAD Y REPOSO

a) Datos subjetivos: Sus actividades normalmente son levantarse (4:30), bañarse, arreglarse, cambiarse, desayunar e irse a trabajar; en el trabajo limpia su caja registradora, las vitrinas y acomoda la mercancía, cuando ya esta listo abre la tienda (7am) y comienza a trabajar; luego llega su supervisora y la cubre para que salga a comer (no tiene hora fija), come en treinta minutos o menos y si no se aguanta las ganas de ir al baño va y regresa a trabajar, a las 7-8 de la noche hace corte de caja y se lo entrega a la cajera que cubre el siguiente turno; después de esto se va a su casa y llega a las 8:30-9:30; en lo que espera a su esposo juega con su hija y platica con su mamá por último cuando llega su esposo cenan y se van a dormir (23 horas). Los días que descansa sus actividades son levantarse (8-9), desayuna con su familia, hace las labores del hogar junto con su mamá, lava la ropa, hace de comer, juega con su hija, sale a caminar con su esposo, hija y perro; procura dormir una hora por la tarde, ve una película o un programa, cenan y se van a dormir a las 10pm a más tardar.

Actualmente se encuentra de incapacidad y tiene que estar en reposo el mayor tiempo posible; esto le molesta porque no puede ayudar a su mamá en las labores del hogar; dice que en este momento siente dolor en hipogastrio y pierna derecha; considera que el dolor es tolerable, pero le molesta porque no le permite estar tranquila.

b) Datos objetivos: Se encuentra consciente, orientada en espacio, tiempo y lugar, se ve preocupada, al momento de que se levanta se observan fascias de dolor y se coloca la mano en el abdomen y camina lentamente. Al levantarse la paciente se percibe contracción uterina de 20 segundos de duración y un tono ++, se le pide que se siente y después de 5 minutos se levante otra vez, al hacerlo se detecta una contracción de 25 segundos de duración y un tono de ++, por último se le recomienda acostarse y tratar de descansar.

F. SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

a) Datos subjetivos: tiene un grupo de amigos con los que acostumbra reunirse por lo menos cada mes, bailan, cantan y en ocasiones se van de día de campo. Le gusta la franqueza y que la gente sea directa porque ella trata de ser así. Respecto a la orientación sexual, se considera completamente heterosexual, le gusta ser mujer y que su pareja le diga que le gusta y la quiere; en este momento sus relaciones coitales han sido prohibidas por el médico, pero dice que antes del embarazo eran satisfactorias. El método anticonceptivo que utilizaba desde hace 1 año y hasta hace 6 meses es el DIU porque las pastillas e inyecciones le alteraban los nervios. No le gusta estar sola y cuando lo está ve televisión, escucha música y habla por teléfono con sus amigas.

b) Datos objetivos: la comunicación con ella es directa, abierta y clara pregunta sobre lo que tiene duda y mira de frente cuando habla. Ojos simétricos, conjuntivas normocrómicas; pabellones auriculares bien implantados y sin problemas auditivos.

Menarca a los 14 años con ciclos de 28x8, no dismenorreica, abundante los tres primeros días; inicio de vida sexual a los 16 años, número de compañeros sexuales 2 no circuncidados; número de gestas 2, 1 parto el 14 de septiembre de 1996 fue una niña que peso 2 kilos 900 gramos, midió

51 cm, amamanto hasta los seis meses y desconoce Apgar. Su embarazo fue de alto riesgo porque aumento 20 Kg y después del parto fue hospitalizada 3 días. La fecha de última menstruación fue el 14 de noviembre de 1999.

G. RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANOS

Gloria trata de prevenir los accidentes en el hogar al revisar los cables y enchufes para que estén en buen estado, revisar que las perillas de la estufa estén bien cerradas, cuando salen de vacaciones asegurarse que la llave de paso del gas está cerrada; en la calle dice que los accidentes se pueden prevenir cuando uno voltea a ver el sentido de los autos y atravesar la calle cuando no vienen autos o cuando el semáforo está en rojo para las automóviles y verde para nosotros. Otra manera de prevenir los accidentes es ver por donde camina uno porque en algunos lugares las coladeras están destapadas.

En su trabajo se asegura que la mercancía este bien puesta y utiliza zapatos cómodos con suela antiderrapante para evitar caerse.

H. NORMALIDAD

Cuando se enferma acude al médico familiar del IMSS; antes del embarazo acudió para que le hicieran el papanicolaou y le revisen el DIU cuando se lo indican; en su autoexamen de mamas dice que han aumentado de tamaño, los pezones son más oscuros, sin salida de secreciones y sin protuberancias; en pocos días tiene cita con el dentista para que le ayuden con su diente porque le da pena que la vean así. Cuenta con todas las vacunas.

Dice que se siente bien con el embarazo porque quiere y desea al bebé. En este momento le gusta como se ve porque no está flaca y cree que se le ven mejor las cosas.

Se considera creyente de Dios y la virgen de Guadalupe y les pide le ayuden para que todo salga bien en este embarazo y su parto sea a término con un bebé sano.

III.NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

Se trata de una adulta joven que se encuentra feliz en la etapa de procreación desea que su embarazo llegue a término y tenga un bebé saludable, sabe que es una responsabilidad de ella y su pareja que la aceptan con mucho gusto.

- a) Etapa psicosexual: En esta etapa se siente mal por no tener relaciones coitales con su esposo por prescripción médica debido al riesgo del embarazo, no sabe que hacer porque teme que su esposo se desespere y busque a otra mujer para satisfacerse; al escuchar esto el señor Daniel le dijo que no, que él la quiere y quiere a su bebé y sabe que esto será pasajero y que es por el bien de ella y su bebé; ella cree que él le dice esto para hacerla sentir bien; él le dice respecto a esto que en este momento es algo que no tiene ninguna importancia porque la sigue queriendo y el hecho de estar junto a ella le da satisfacción y considera que ya habrá tiempo para tener relaciones coitales, lo importante es el bienestar de ella y el bebé y le pide que por favor deje de pensar en eso le da un beso y la abraza.
- b) Etapa psicosocial: Está enojada porque no puede salir debido a que debe guardar reposo por prescripción médica y sus amigas no la pueden visitar porque trabajan y viven lejos de su casa, ellas le llaman por teléfono para saber como está pero para ella no es lo mismo que verlas; quiere salir y pasear, trabajar en fin hacer su vida lo más normal posible.
- c) Etapa intelectual: Le gustaría estudiar o tomar un curso de carpintería porque es lo que siempre le ha llamado la atención, lee algunos artículos relacionados con la carpintería porque dice que su esposo trabajó en una imprenta y le traía

varias revistas y en su tiempo libre las leía y las que no pudo leer en este momento las lee, pero se cansa y fastidia porque quiere hacer otras cosas que le han prohibido. Cree que algún día después de que nazca él bebé y se organice tal vez pueda tomar el curso y entonces le hará juguetes, la cuna para el bebé y una cama para su hija.

- d) Etapa moral: En esta etapa lo más importante para ella es el respeto, la lealtad, la justicia, la fidelidad, el amor, el bien y el mal.
- e) Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal: En este momento las condiciones que le impiden su desarrollo normal es la amenaza de parto prematuro porque esta de incapacidad y se encuentra en reposo desde hace aproximadamente un mes y el médico le prohibió hacer cualquier tipo de actividad como hacer las labores domésticas, ir a trabajar, levantarse de la cama cosa que no aguanta hacer y se levanta para comer en familia y cambiar a su hija , ayudar en lo que puede, aunque su mamá y su esposo se enojan con ella y la mandan ha acostarse.

IV.NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

A. Desviación actual

1. Percepción de la desviación: El motivo de la consulta es control prenatal y por presentar dolor en hipogastrio, así como endurecimiento del abdomen; se le pregunta si sabe si son contracciones y ella refiere que no sabe que son o como las puede identificar; ¿qué sabe de su embarazo? Sabe que su embarazo es de alto riesgo y debe seguir las indicaciones que le da el personal de salud si quiere que su embarazo llegue a termino, pero desconoce cual es la causa de que su embarazo sea considerado de alto riesgo. En este momento se encuentra temerosa por el riesgo de perder a su bebé; enojada por no saber porque se esta presentando la amenaza de parto prematuro. También se encuentra preocupada primeramente por el embarazo y su bebé ya que le aterra perder a su bebé porque lo quiere mucho aunque no lo vea; después quien va a cuidar a su hija si la llegan a

hospitalizar cosa que no quiere. Su esposo también le preocupa porque no lo puede atender ni ayudar en este momento en el que necesita trabajar para apoyarlo económicamente porque considera que el nuevo bebé implicará gastos que su esposo sólo no va a poder solventar; por último el que pierda su trabajo y con ello el seguro médico que ahorita necesita para ser atendida por su embarazo. El diagnóstico obstétrico es: embarazo de alto riesgo de 20.5 SDG + amenaza de parto prematuro + infección de vías urinarias + cervicovaginitis.

2. Mecanismos de adaptación: Trata de enfrentar la situación aunque considera que le es difícil pero no imposible y piensa que en estos momentos debe hacer lo que le ordenan por su bienestar y el de su bebé por lo que pide a su esposo la entienda porque considera que en algunos momentos se enoja; siente que en este momento esta más sensible que nunca.
3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida: Los efectos de la desviación de la salud sobre el estilo de vida son en lo psicológico el que se siente inútil por no poder ayudar en nada, que su esposo ya no la va a querer igual porque no tienen relaciones coitales. En lo físico le gusta como se ve con el embarazo, antes del embarazo no le gustaban sus piernas porque dice son muy delgadas y no puede lucir faldas cortas aunque ha intentado darles volumen acudiendo a hacer ejercicio (aerobics) sin tener éxito. Respecto a lo económico en este momento los ingresos a la casa son menos porque en su trabajo le pagan muy poco y esto debe dividirlo para comprarle cosas al bebé y esperar su llegada; aunque dice que su esposo le pide que no se preocupe por esto pues él considera que puede solventar los gastos y que si le ha permitido trabajar es porque ella así lo ha querido, él dice que le agradece su apoyo pero que en estos momentos su única preocupación debe ser el cuidarse y pensar en el bebé porque considera que esto la debe motivar y ayudar a aguantar el tiempo que sea necesario de guardar reposo.

B. Historia previa de desviación de la salud.

Cuenta con todo el esquema de vacunación y dice que en la infancia no presento ninguna enfermedad; en la actualidad le da mucha gripa y ha tenido cervicovaginitis recurrentes desde hace un año; ha sido hospitalizada por su embarazo anterior porque en el puerperio inmediato tuvo hipertensión y permaneció en el hospital tres días no recuerda los medicamentos que le dieron. En este momento el médico del hospital de Troncoso le ha recetado aplicarse una tableta de nistatina de 100 000 U por vía vaginal cada 12 horas y tomar una tableta de ampicilina 1 g vía oral cada 8 horas por 10 días; pero dice que no ha llevado a cabo el tratamiento porque su médico familiar le dijo que no lo necesitaba.

C. Historia familiar de salud

Su mamá tiene cáncer de mama desde hace 13 años y a la fecha sigue recibiendo atención médica.

EVALUACIÓN RIESGO REPRODUCTIVO (PREVIGen I)

	VALORACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
03	Edad (25 años)	20 – 30		
04	Estatura (152 cm)	150 ó más		
08	Pandad	1 a 3		
11	Intervalo intergenésico	1 a 2 años		

**EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PRENATAL EN EL EMBARAZO
(PREVIGen II)**

	VALORACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
04	Peso al inicio (45 Kg)		41 – 50	
16	Preclampsia – eclampsia		Sí	
29	Amenaza de parto pretérmino			Activa
30	Hemorragia		Controlada	

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

D = DÉFICIT P = POTENCIAL ND = NO DÉFICIT NE = NO EVALUADO R = RESUELTO

A. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	ND		
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos	P	Toma menos de un litro de agua al día	Piel un poco seca
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	P	No come carne, 3 veces a la semana come embutidos y 9 tortillas al día	
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	D	Urgencia, ardor al orinar, nicturia y retención de orina de 8 – 9 horas	Giordano positivo en fosa renal derecha principalmente.
	D	Flujo vaginal blanco, no fétido y comezón en genitales	Flujo blanco/amarillo no fétido, vulva enrojecida y pequeñas cicatrices del rascado
5. Mantenimiento del	D	Dolor en hipogastrio y pierna	Fascies de dolor,

equilibrio entre la actividad y el reposo		derecha	camina lentamente y se percibe una contracción uterina.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	D	Abstinencia de relaciones coitales por prescripción médica	
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano	ND		
8. Promoción de la normalidad	ND		

B. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1. Provisión de condiciones que promueven y apoyan el desarrollo	ND		
2. Prevención de condiciones que afectan el desarrollo	D	Abstinencia de relaciones coitales por prescripción médica	

C. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
A. Desviación actual			
1. Percepción de la desviación	D	Desconoce porque su embarazo es de alto riesgo, que es una contracción y	Falta de información sobre parto prematuro

		porque tiene amenaza de parto prematuro	
2. Mecanismo de adaptación	ND		
3. Efectos de la desviación	ND		
B. Historia previa de la desviación de la salud	D	No lleva a cabo el tratamiento médico prescrito	
C. Historia familiar de salud			

REFERENCIA: VANCOUVER HEALT DEPARTAMENT

JERARQUIZACIÓN

1. Percepción de la desviación
2. Historia previa de desviación de la salud
3. **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**
4. **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos por infección de vías urinarias**
5. **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos por cervicovaginitis.**
6. **Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos**
7. **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**
8. **Mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social**

APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA PRIMERA VISITA

Fecha: 06 de abril de 2000

1. DIAGNÓSTICO

"Déficit de conocimientos relacionado con factores, signos y síntomas de parto prematuro, plan de tratamiento y medidas de autocuidado."³⁹

PLANEACIÓN

- La embarazada tendrá conocimiento de las medidas de autocuidado para un embarazo de alto riesgo por amenaza de parto prematuro.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Preguntar a la embarazada si sabe ¿que es un parto prematuro y que es lo que en su caso lo ocasiona?
 - Fundamentación: "Uno de los objetivos educacionales más importantes para la enfermera es enseñar a la mujer a reconocer los datos sutiles de este problema."⁴⁰
2. En esta visita la enfermera comentara a la señora Gloria y esposo:
 - a) ¿Qué es un parto prematuro?
 - Fundamentación: "es aquel que ocurre de la vigésima a la trigésima séptima semana de la gestación."⁴¹
 - b) ¿Cuáles son las causas de que ella en este momento presente amenaza de parto prematuro?

³⁹ Joan Luckmann, op. cit., p. 440

⁴⁰ Sally Olds, op. cit., p. 497

⁴¹ David Shaver, op. cit., p. 435

- Fundamentación: "El parto prematuro... se relaciona con anemia materna, infecciones de las vías urinarias... también se relaciona con parto prematuro las alteraciones de la flora vaginal de la madre por organismos patógenos."⁴²
- c) Los signos y síntomas que le indican la presencia de un parto prematuro para que acuda con el obstetra o médico tratante y se los haga saber.
 - Fundamentación: "calambres abdominales, intestinales o menstruales, presión pélvica, diarrea, dolor lumbar y un aumento en el flujo vaginal."⁴³
- d) Como se puede prevenir el parto prematuro; en este caso las medidas terapéuticas que debe llevar a cabo para que su embarazo llegue a término.
 - Fundamentación: "las principales medidas que la paciente misma debe efectuar, como ingestión excelente de líquidos (de 2 a 3 litros diariamente), orinar cada 2 - 3 h, evitar levantar cosas pesadas, evitar estimular los pezones, limitar la actividad sexual y cooperar con las restricciones en la actividad y los requerimientos de reposo en cama."⁴⁴
- e) Al finalizar la visita la enfermera pedirá a la pareja, en especial a la embarazada describan los signos y síntomas del parto prematuro, así como los cuidados que deben tener en este momento.
 - Fundamentación: "la detección y el tratamiento oportunos del parto prematuro reducen la incidencia de éste, así como de complicaciones después del nacimiento."⁴⁵
- f) La enfermera elaborará un tríptico sobre el parto prematuro que le entregará a la pareja para que lo estudien.
 - Fundamentación: "es un mensaje impreso, práctico, hecho en pocas hojas, de un tamaño que pueda transportarse y difundirse con facilidad."⁴⁶

⁴² Arlene Burroughs, op. cit., p. 401

⁴³ Sharon Reeder, op. cit., p. 985

⁴⁴ Sally Olds, op. cit., p. 497

⁴⁵ Joan Luckmann, op. cit., p. 439

⁴⁶ La didáctica en la educación para la salud, Ed. UNAM- ENEO, México, 1986, p. 42

EVALUACIÓN

El señor Daniel identificó correctamente que era un parto prematuro, las causas de que estén en amenaza de parto prematuro (infección en vías urinarias e infección vaginal), los signos y síntomas, así como los cuidados que deben seguir.

La señora Gloria señaló que la causa era la infección en las vías urinarias, infección vaginal, los signos y síntomas dijo que era dolor abdominal tipo cólico; para evitarlo respondió que el mantener reposo absoluto y no recordó más.

2. DIAGNÓSTICO

“DEFICIENCIA DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS EN EL FETO relacionado con mala interpretación de la información/ poco conocimiento de los recursos manifestado por que no sigue el régimen terapéutico.”⁴⁷

PLANEACIÓN

- La embarazada llevará a cabo el tratamiento médico prescrito por el Obstetra hasta que la infección sea erradicada.
- La enfermera informará a la embarazada la importancia de los medicamentos y sus efectos.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. La embarazada compartirá sus dudas respecto al uso de los medicamentos prescritos por el médico y sus efectos secundarios.

⁴⁷ Barbara J. Taptich, Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados, Ed. Interamericana McGraw-Hill, México, 1992, p. 144

- Fundamentación: “Las mujeres embarazadas deben tener cuidado al tomar fármacos, ya que ciertos fármacos son teratogénicos, es decir, producen malformaciones fetales.”⁴⁸
2. La enfermera informará de manera verbal a la embarazada cual es la vía de administración y los efectos secundarios de la ampicilina en la embarazada y el feto.
 - Fundamentación: “Las vías de administración pueden ser oral y parenteral (es este caso es oral)... La ampicilina atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche materna. Como hasta la fecha no se conocen efectos teratogénicos por ampicilina en el humano, es posible la administración durante el embarazo y la lactancia.”⁴⁹
 3. La enfermera expondrá oralmente a la señora cual es la vía de administración y los efectos de la indometacina en la mujer y el producto.
 - Fundamentación: Las vías de administración son oral o rectal. “Es un inhibidor de la sintetasa de prostaglandinas. En la madre: náusea y vómitos, hemorragia del tubo digestivo, dolores de cabeza, somnolencia, mareos y vértigo, reacciones alérgicas y hemorragia posparto.” En el feto o recién nacido: cierre prematuro del conducto arterioso, otros cambios cardiacos y pulmonares, hiperbilirrubunemia y trastornos hemorrágicos.”⁵⁰
 4. La enfermera orientará a Gloria sobre la vía de administración y los efectos adversos que tiene la nistatina en la embarazada y el feto.
 - Fundamentación: Es un fármaco antifúngico que se utiliza por vía tópica o vaginal. “A pesar de que se ha administrado a mujeres embarazadas, sin complicaciones aparentes, es aconsejable evitar su uso durante el primer trimestre del embarazo porque puede causar daño fetal.”⁵¹

⁴⁸ Magali N.F. Taylor, *Farmacología*, Ed. Harcourt-Brace, Madrid, 1999, p. 18

⁴⁹ *Diccionario de especialidades farmacéuticas*, op. cit., p. 449

⁵⁰ Sharon Reeder, op. cit., p. 990

⁵¹ *Diccionario de especialidades farmacéuticas*, op. cit., p.908

EVALUACIÓN

La embarazada fue informada de los efectos que tienen los medicamentos que le fueron prescritos por el médico tratante e indicó que no tenía duda de que no le harán daño al bebé y que lo que se busca con ello es el bienestar de ella y el feto por que el propósito de el tratamiento es que el embarazo llegue a termino con un niño y madre sana.

3. DIAGNÓSTICO

“Alteración en la comodidad por contracciones uterinas”⁵²

PLANEACIÓN

- Disminuir el déficit del requisito universal de actividad y reposo.
- Disminuir la amenaza de trabajo de parto pretérmino.

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
 1. Determinar las semanas de menstruación por fecha de última menstruación.
 - FUNDAMENTACIÓN: “El trabajo de parto prematuro es aquel que ocurre de la vigésima a la trigésima séptima semana de gestación.”⁵³
 2. valorar los signos vitales cada 15 minutos en una hora.
 - FUNDAMENTACIÓN: “Muchas decisiones terapéuticas importantes se basan en los signos vitales”⁵⁴ porque reflejan el estado fisiológico del cuerpo .
 3. Evaluar la actividad uterina cada 15 minutos en una hora.
 - FUNDAMENTACIÓN: “La primera manifestación que se observa es el aumento de la intensidad y la frecuencia de la actividad uterina (AU)... La AU se debe encontrar siempre por encima del patrón contráctil normal para

⁵² Sharon Roeder, op. cit, p. 987

⁵³ David Shaver, op. cit., p. 435

⁵⁴ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 19

la edad gestacional. Antes de la semana 32 se pueden presentar hasta 3 en una hora y de la 33ª a la 36ª menos de 4".⁵⁵

4. Explicarle a la paciente lo que esta ocurriendo y como es que ella puede ayudar.

➤ FUNDAMENTACIÓN: "La explicación del procedimiento disminuye la ansiedad y aumenta la relajación."⁵⁶

5. Pedirle que se coloque en decúbito lateral (de preferencia el izquierdo).

➤ FUNDAMENTACIÓN: "Sobre el costado incrementa el flujo sanguíneo hacia el útero y favorece la disminución de la actividad uterina."⁵⁷

6. Enseñarle a la señora y su cónyuge a valorar la actividad uterina.

➤ FUNDAMENTACIÓN: "Mediante la vigilancia en casa, a menudo puede detectarse una mayor actividad uterina durante las primeras fases antes de que los cambios del cérvix progresen hasta el punto en que es imposible detener el trabajo de parto."⁵⁸

7. Instruir a la pareja sobre los signos de parto pretérmino.

➤ FUNDAMENTACIÓN: Los signos son "dolores parecidos a los cólicos menstruales, presión abdominal inferior, dolor de espalda intermitente, opérculo, secreción vaginal acuosa."⁵⁹

8. Recomendarle que después de que los síntomas se han suprimido descanse 30 minutos y vuelva a sus actividades de manera gradual, evitando cargar cosas pesadas y en los demás días procure descansar 2 ó 3 veces al día.

➤ FUNDAMENTACIÓN: "el reposo en cama es un tratamiento común para el parto prematuro."⁶⁰

9. Se pide a la embarazada que procure orinar cada 2 horas.

➤ FUNDAMENTACIÓN: "Cuando está llena la vejiga se incrementa la irritabilidad del útero y las contracciones."⁶¹

⁵⁵ Jaime Botero, *Obstetricia y ginecología*. Ed. Texto integral, 6ª ed., Antioquia, 2000, p. 211

⁵⁶ Sally Olds, op. cit., p. 607

⁵⁷ Arlene Burroughs, op. cit., p. 403

⁵⁸ Sally Olds, op. cit., p. 497

⁵⁹ Sharon Reeder, op. cit., p. 992

⁶⁰ Arlene Burroughs, op. cit., p. 403

⁶¹ Joan Luckmann, op. cit., p. 439

10. Se insta a la señora Gloria abstenerse de relaciones sexuales mientras exista la amenaza de trabajo de parto pretérmino.

- FUNDAMENTACIÓN: “El líquido espermático por su contenido en prostaglandinas tiene efecto estimulante de la contractilidad uterina y el orgasmo femenino libera oxitocina.”⁶²

EVALUACIÓN

Al cabo de dos horas se logro disminuir la actividad uterina con el reposo y la señora Gloria manifestó no tener dolor.

Ella se comprometió a seguir con el reposo relativo y las indicaciones que se le hicieron.

Al finalizar la visita se les pregunto a ella y su pareja cuales son los síntomas del inicio de trabajo de parto pretérmino y fueron respondidos adecuadamente.

4. DIAGNOSTICO

“Alteración de la eliminación urinaria relacionado con infección de vías urinarias manifestado por urgencia, ardor y Giordano (+).”⁶³

(TAPTICH p- 65)

PLANEACIÓN

- Disminuir el déficit de la necesidad de eliminación.
- La embarazada reconocerá los síntomas de urosepsis.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Valorar signos y síntomas de infección urinaria.

- FUNDAMENTACIÓN: “Las infecciones del tracto urinario son comunes durante el embarazo. Puede ser asintomática, o bien presentar los síntomas son disuria, polaquiuria y urgencia, con dolor, escalofríos y fiebre.”⁶⁴

⁶² Eduardo Nuñez, op. cit., p. 529

⁶³ Barbara J. Taptich, op. cit., p. 65

⁶⁴ Virginia Aukamp, Planes de cuidados en enfermería materno-infantil, Ed. Doyma, Barcelona, 1989, p. 132

2. Proporcionar a la señora una tira reactiva de bili-labstix y un guante de látex para que pase al baño y se le pide que a la mitad del chorro de la orina introduzca la tira procurando que todos los cuadros se mojen con la orina y posteriormente se pide la entregue para que se haga la lectura de los resultados.
 - FUNDAMENTACIÓN: Los resultados obtenidos con las tiras reactivas bili-labstix proporcionan información referente al metabolismo de carbohidratos, función hepática y renal, balance ácido base e infecciones del tracto urinario.
3. Por prescripción médica ministrar una tableta de 1 g de ampicilina por vía oral a las 19:30 hrs.
 - FUNDAMENTACIÓN: "La ampicilina es un antibiótico bactericida de amplio espectro...Como hasta la fecha no se conocen efectos teratogénicos por ampicilina en el humano, es posible la administración durante el embarazo y la lactancia."⁶⁵
4. Proporcionar información a la embarazada y familiares sobre posibles reacciones secundarias del medicamento para que las identifiquen y si se presentan suspendan inmediatamente el medicamento y acudan con el médico obstetra.
 - FUNDAMENTACIÓN: Las reacciones que se pueden presentar son "cutáneas (morbiliformes, eritema, etc.) y trastornos gastrointestinales."⁶⁶
5. Explicarle a la señora lo importante que es el que continúe con el tratamiento indicado de 1 tableta de ampicilina de 1 g vía oral cada horas por un periodo de 10 días.
 - Fundamentación: "Las consecuencias perinatales de la ITU son las siguientes: labor prematura y parto pretérmino, extensión directa de la infección, compromiso placentario y/o miometral, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, bajo peso del recién nacido, menor edad gestacional, infección neonatal, fiebre posparto...Las mujeres con bacteriuria tienen mayor riesgo de hipertensión durante la gestación.

⁶⁵ Diccionario de especialidades farmacéuticas, op. cit., p. 448

⁶⁶ Id.

Aquellas con bacteriuria rebelde al tratamiento muestran una mayor incidencia de preeclampsia.⁶⁷

6. Recomendarle a la embarazada que consuma 8 vasos o 2 litros de agua al día.
 - FUNDAMENTACIÓN: con ello se “induce una buena diuresis y de esta manera diluir las toxinas y bacterias.”⁶⁸
7. Sugerirle que evite consumir café, té, alcohol, refresco de cola y especias.
 - FUNDAMENTACIÓN: Estas sustancias “son irritantes potenciales de la vejiga.”⁶⁹
8. Hacer énfasis en que debe miccionar en el momento que tenga ganas, o bien cada dos horas.
 - Fundamentación: Evita la distensión vesical y la estasis urinaria.
9. Aconsejarle que consuma alimentos ricos en vitamina C para acidificar la orina.
 - FUNDAMENTACIÓN: “Es importante...para ayudar al cuerpo a soportar las tensiones por lesiones e infecciones...las infecciones y la tensión emocional hacen que los requerimientos de esta vitamina aumenten.”⁷⁰

EVALUACIÓN

La embarazada y su esposo comprendieron cuales son las reacciones del medicamento, la importancia de seguir el tratamiento farmacológico y la higiene vesical, así como incrementar la ingesta de líquidos y alimentos ricos en vitamina C.

⁶⁷ Ernesto Calderón, op. cit., pp. 243 - 247

⁶⁸ Jaime Botero, op. cit., p. 260

⁶⁹ Arlene Burroughs, op. cit., p. 390

⁷⁰ Sharon Reeder, op. cit., p. 383

5. DIAGNÓSTICO

“Daño potencial en la integridad cutánea por el rascado secundario a los efectos de la infección moniliásica”.⁷¹

“Afección de la integridad cutánea relacionado con infección y secreciones caracterizado por prurito.”⁷²

PLANEACIÓN

- La señora Gloria disminuirá por medio del autocuidado la infección vaginal

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Valorar signos y síntomas de infección vaginal por medio de la exploración.
 - FUNDAMENTACIÓN: “La secreción de la vaginitis por candida tiene un color blanco característico, es espesa, similar a cuajada y se adhiere al cérvix y paredes de la vagina...El prurito es de moderado a grave, en particular en vulva y perineo. Es posible que los labios y vulva estén de color rojo brillante, irritados, sensibles al tacto.”⁷³
2. Recomendar la aplicación de yogurt natural en los labios, la vulva y dentro de la vagina 1 ó 2 veces al día.
 - FUNDAMENTACIÓN: “Algunas pacientes refieren que la adición de yogurt a la dieta, o el uso de cultivos activos de yogurt natural como ducha vaginal, ayuda a prevenir la recurrencia al mantener niveles altos de lactobacilos.”⁷⁴
3. Instruirla en la aplicación del óvulo vaginal.
 - FUNDAMENTACIÓN: algunas mujeres pueden lastimarse con las uñas si son largas al aplicarse el óvulo por vía vaginal, o bien incrementar la

⁷¹ Sally Olds, op. cit., p. 216

⁷² Barbara J. Taptich, op. cit., p. 92

⁷³ Sharon Reeder, op. cit., p. 879

⁷⁴ Sally Olds, op. cit., p. 216

infección por falta de higiene; así como no introducirlo profundamente por temor a lastimar al bebé.

4. Recomendar evite usar ropa ajustada.
 - FUNDAMENTACIÓN: predispone a la candidiasis vulvovaginal mediante el aumento del calor y la humedad.
5. Aconsejar utilice ropa interior absorbente de algodón o con puente de algodón.
6. Indicarle que después de evacuar se limpie de adelante hacia atrás.
 - FUNDAMENTACIÓN: “evita contaminar la vagina con heces.”⁷⁵

EVALUACIÓN

Se indicó a la señora Gloria como debe colocarse el óvulo vaginal y se le proporcionó un guante de látex y el óvulo para que posteriormente se lavará las manos, se recostara sobre su dorso y flexionara las piernas, se colocara los guantes tomara el óvulo y lo insertará en su vagina lo más profundamente posible y permaneciera recostada. Se comprometió a llevar a cabo este procedimiento el tiempo que dure el tratamiento, así como limpiarse de adelante hacia atrás y no usar ropa ajustada.

6. DIAGNÓSTICO

Déficit de la necesidad universal de líquidos relacionada a ingesta menor a un litro por día.

PLANEACIÓN

- Disminuir el déficit de la necesidad universal de líquidos
- La embarazada conocerá la importancia que tienen los líquidos en nuestro organismo.
- La señora Gloria incrementara el consumo de líquidos a 2 litros por día.

⁷⁵ Arlene Burroughs, op. cit., p. 385

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Informar a la embarazada cual es la función que tiene el agua en nuestro organismo.

➤ FUNDAMENTACIÓN: El agua "es un disolvente necesario para digestión, transporte de nutrientes a la célula, y eliminación de desechos del organismo. También es un lubricante y ayuda a mantener la temperatura del cuerpo." ⁷⁶

2. Informar a la señora cuales son las consecuencias de ingerir menos de un litro de líquidos al día.

➤ FUNDAMENTACIÓN: "El adecuado aporte de líquidos es esencial para la homeostasis interna. La reducción del aporte de líquidos conducirá a la deshidratación, que es negativa en cualquier situación, especialmente en el embarazo." ⁷⁷

3. Recordarle que al incrementar el consumo de los líquidos a dos litros por día ayudará a disminuir la infección urinaria.

➤ FUNDAMENTACIÓN: "Induce una buena diuresis y de esta manera diluir las toxinas y bacterias." ⁷⁸

EVALUACIÓN

La embarazada reconoció la importancia de ingerir 2 litros de agua al día por lo que se comprometió a incrementar su consumo.

7. DIAGNÓSTICO

"Alteración de la nutrición: ingestión de cantidades de nutrientes menor a las necesidades del organismo, se relaciona con consumo inadecuado de calorías". ⁷⁹

⁷⁶ Sharon Reeder, op. cit., p. 385

⁷⁷ Arlene Burroughs, op. cit., p.14

⁷⁸ Jaime Botero, op. cit., p.260

⁷⁹ Sharon Reeder, op. cit., p. 377

PLANEACIÓN

- La señora Gloria incrementará el conocimiento sobre los requisitos nutricionales durante el embarazo.
- La enfermera proporcionará en esta visita y las que sean necesarias información sobre las necesidades nutricionales durante el embarazo.
- La enfermera elaborará un plan dietético de ejemplo en el que la embarazada incrementará de peso entre 400/500g por semana.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Identificar el peso al inicio del embarazo; compararlo con el peso real al inicio del embarazo y determinar si es peso normal, bajo o excesivo. En este caso el peso es menor al 10% del peso ideal por lo tanto es bajo.
2. Fundamentación: "Se demostró que las mujeres con falta de peso presentan más complicaciones durante el embarazo, alta incidencia de hijos prematuros y de peso bajo al nacer, calificación de Apgar baja y morbilidad neonatal alta." ⁸⁰
3. Evaluar el aumento de peso de la embarazada tomando como referencia el peso ideal según las semanas de gestación 56. 800 Kg. El peso actual es de 51 Kg.
 - Fundamentación: "El aumento promedio de peso en el embarazo es de 12 a 17 Kilos aproximadamente; alrededor de 1 a 2.5 Kilos en el primer trimestre y luego es a razón de 500 g semanales por el resto del embarazo... el aumento de promedio en mujeres de bajo peso es de 14 a 20 Kg." ⁸¹
3. Valorar el registro dietético que hizo la embarazada.
 - Fundamentación: "la obtención de información del consumo dietético es otro aspecto importante de la valoración nutricional." ⁸²

⁸⁰ Ibid., p.373

⁸¹ Sandra Nettina, *Enfermería práctica de Lippincott*, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 6ª. ed. México, 1999, vol. 2, p. 975

⁸² Sharon Reeder, op. cit., p. 361

4. Comentar la importancia de incrementar el consumo de calorías en el embarazo.
 - Fundamentación: "Durante el embarazo hay mayor necesidad calórica para el crecimiento del feto y la placenta y satisfacer los requerimientos de la madre. El consumo dietético recomendable (RDA) durante el segundo y tercer trimestres del embarazo, es 300 Kcal/día por encima del RDA normal de la mujer."⁸³

6. Orientar a la señora Gloria y familiares sobre el contenido de las necesidades nutricionales en el embarazo.
 - Fundamentación: "Los alimentos se constituyen de una combinación de diversos nutrientes: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. Los carbohidratos, proteínas y grasas constituyen el grupo que se denomina nutrientes energéticos, porque aportan energía o calorías a la dieta. Las vitaminas, los minerales y el agua no contribuyen al contenido calórico de los alimentos."⁸⁴

6. Invitar a que consuma una dieta equilibrada, variada y suficiente.
 - Fundamentación: "ingerir una dieta equilibrada (con las proporciones adecuadas de nutrimentos), completa (con alimentos de los tres grupos en cada comida), variada (que incluya diferentes alimentos y platillos), suficiente (con la cantidad de alimentos que cada quien debe consumir para cubrir sus necesidades de nutrimentos)."⁸⁵

1. Elaborar un plan dietético para la gestante de acuerdo al peso esperado y las semanas de gestación que se le entregará en la próxima visita. (apéndice 2)
 - Fundamentación: "En el caso de la mujer encinta, el secreto está en saber qué tipo y qué cantidad de alimentos debe consumir en cada etapa de su gestación, de acuerdo con sus características personales."⁸⁶

⁸³ Ibid., p.378

⁸⁴ Ibid., p.380

⁸⁵ INPer., "La alimentación de la embarazada". Cuadernos de nutrición, op. cit., p.39

⁸⁶ Id.

EVALUACIÓN

La embarazada y su familia contaron con información sobre los requisitos calóricos y nutricios recomendados en el embarazo, así como el aumento de peso esperado en el primer trimestre y en cada semana a partir del segundo trimestre. Se planeo la dieta en los dos días siguientes.

8. DIAGNÓSTICO

“ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE LA SEXUALIDAD RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO MÉDICO.”⁸⁷

PLANEACIÓN

- La enfermera informará a la pareja las alternativas para la expresión sexual.
- La pareja identificará los riesgos que conllevan las relaciones coitales en la amenaza de parto prematuro.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. La enfermera escuchará cuales son los problemas sexuales de la pareja.
 - Fundamentación: “En el curso del asesoramiento prenatal, la mujer puede manifestar inquietud acerca de la sexualidad durante el embarazo.”⁸⁸
2. Explicar las causas por las que en este momento no deben tener relaciones coitales.
 - Fundamentación: “Las prostaglandinas del semen, pueden estimular suaves contracciones uterinas, especialmente pocos días antes de que empiece el parto. Por ese motivo, las mujeres que tienen amenaza de comienzo de parto pretérmino o de hemorragia en el tercer trimestre deberían abstenerse durante algunas semanas (determinadas por su situación) antes de la fecha calculada.”⁸⁹

⁸⁷ Barbara J. Taptich, op. cit., p.104

⁸⁸ Elizabeth Jean Dickason, Enfermería materno infantil, Ed. Harcourt-Brace, 3ª ed., España, 1999, p.159

⁸⁹ Ibid., p. 160

3. Comentar a la pareja cuales son las alternativas sexuales que pueden usar en este momento (caricias, abrazos, besos y en el hombre la masturbación con la ayuda de la mujer).
 - Fundamentación: "La salud sexual forma parte importante de la vida de las personas. La salud física de la persona afecta en ocasiones las experiencias sexuales y la salud sexual puede ejercer efecto en el bienestar físico."⁹⁰
4. Comunicar a los cónyuges que cuando el embarazo este libre del riesgo podrán reiniciar las relaciones coitales.
 - Fundamentación: "en un embarazo saludable, no existe una razón para limitar la actividad sexual."⁹¹

EVALUACIÓN

El señor Daniel dice que él comprende el porque no puede tener relaciones coitales y que a él le interesa el bienestar de su esposa y su bebé pero un poco molesto menciona que es su esposa quien no lo entiende y piensa que es porque ya no la quiere. Espera que después de lo que se les ha dicho ella entienda; también dice que ningún médico ni enfermera del hospital le dan importancia a este tema.

La señora Gloria expone estar inconforme con esta medida y continua sintiéndose molesta, dice que entiende lo que puede ocurrir y que hay otras formas de expresar su amor, pero considera que eso no le quita el deseo de estar con su esposo. Agradece que se le permita expresar su inconformidad.

⁹⁰Sharon Reeder, op. cit., p. 178

⁹¹ Arlene Burroughs, op. cit., p.405

5.2. SEGUNDA VISITA

Fecha: 05 de mayo de 2000

I. NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

A. AIRE

- c) Datos subjetivos: Refiere no tener ningún problema para respirar; lo único que siente en este momento es un poco de frío porque no llevó suéter al trabajo por salir a la carrera.
- d) Datos objetivos: Signos vitales T/A = 100/60 P = 80 x min. R = 22 x min. T = 36°C. Se observa una ligera palidez de tegumentos, miembros torácicos fríos.

B. LÍQUIDOS

- c) Datos subjetivos: Su ingesta de líquidos la reporta de 1.5 a 2 litros por día; toma agua a medio día y durante la tarde.
- d) Datos objetivos: Mucosas orales hidratadas; ligera sequedad de la piel.

C. ALIMENTOS

- a) Datos subjetivos: La señora Gloria anoto en una hoja la dieta que consumió en una semana e informó que ahora que regreso a trabajar considera que su alimentación es deficiente y que también come poco porque no quiere subir mucho de peso en el embarazo porque dice que en su embarazo anterior aumento 20 Kg.

El registro dietético es el siguiente:

	DESAYUNO	COMIDA	CENA
DOMINGO	Una pieza de pan y un vaso de leche	Un plato de pozole y dos vasos de refresco	Un plato de pancita y un vaso de agua de sabor
LUNES	Un tamal y un vaso de atole	Un plato de sopa de pasta, un bistec y dos vasos de agua de limón	Un pan y un vaso de leche
MARTES	Un pan y una taza de café	Un plato de sopa de pasta, un plato de nopales y dos vasos de refresco	Huevos con jamón y una taza de café
MIÉRCOLES	Huevos con jamón y una taza de café	Un plato de sopa de pasta, nuggett de pollo y 2 vasos de agua de jamaica	Un vaso de leche y un pan
JUEVES	Un guarache y una taza de café	Pechuga asada con frijoles y 3 vasos de agua de horchata	Papas fritas y dos vasos de refresco de cola
VIERNES	Huevos con frijoles	Carne de puerco con verdolagas 2 vasos de agua de sabor	Una torta de jamón y un vaso de leche
SABADO	Un pan y un vaso de leche	2 rebanadas de pizza y refresco de cola 2 vasos	Un pan y un vaso de leche

- b) Datos objetivos: Peso de 56 Kg. Se observa que ya no hay adoncia del incisivo izquierdo y en su lugar se encontró un implante dentario. De acuerdo con el registro dietético que presento la embarazada y la información que dio en la visita anterior vemos que mintió y si consume carne, poca verdura y fruta teniendo como resultado que la dieta es insuficiente para el embarazo. También se encontró un incremento de 3 kilogramos en quince días.

D. ELIMINACIÓN

- c) Datos subjetivos: Refiere no tener ninguna molestia y evacuar de 1 – 2 veces al día, las heces las reporta como normales, no fétidas, de color café y formadas. Dice que orina de 5 a 6 veces al día sin molestia. Aun tiene flujo de color blanco no fétido acompañado de prurito en algunas ocasiones. Hasta el momento no le han hecho estudios de laboratorio para ver si ya se erradicaron las infecciones.
- d) Datos objetivos: Se detecta Giordano (+) en fosa renal derecha y en la tira de bililabstix sangre no lisados aprox. 10.

E. ACTIVIDAD Y REPOSO

- c) Datos subjetivos: Refiere que en algunas ocasiones al momento de caminar el abdomen se le endurece, no le duele pero no la deja caminar y se tiene que detener y esperar un rato para continuar su andar. Menciona que el día 25 fue al Hospital de Troncoso y le dijeron que ya regresara a trabajar; en este momento se encuentra en el turno matutino por lo que se levanta a las 4:30 am. para irse a las 5am; le cuesta trabajo levantarse porque se siente cansada; en su trabajo le ayudan y no tiene que cargar cosas pesadas, no limpiar los mostradores como antes. La hora de regresar a casa es entre las 18 – 20 horas y se duerme a las 23 horas; no puede hacer siesta al llegar a su casa porque su hija le pide juegue con ella por eso en este momento se siente cansada (su mamá dice que en algunas ocasiones si se ha quedado dormida hasta una hora).
- d) Datos objetivos: Al llegar a la visita se encontró a la señora Gloria descansando en un sofá viendo la televisión con su hija y su mamá. De lo que expone la señora se deduce que duerme 5 horas y ½ al día.

F. SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

- c) Datos subjetivos: Ahora que regreso a trabajar ve a sus amigas y plática con ellas sobre su embarazo; se siente bien respecto a la sexualidad

porque comprendió que la abstinencia de relaciones coitales por prescripción médica será pasajera y ya no esta molesta por ello.

- d) Datos objetivos: No se observa alteración alguna en lo auditivo, ni en lo visual.

G. RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO

- c) Datos subjetivos: Utiliza zapatos de tacón bajo para que no se canse porque está la mayor parte del tiempo parada en su trabajo, evita cargar las cajas con mercancía pesada y pide ayuda a otros vendedores.
- d) Datos objetivos: No se detecta problema alguno.

H. NORMALIDAD

- c) Datos subjetivos: Acudió con el dentista porque le daba pena el verse chimuela y más aun ir a trabajar así; le colocaron un implante y le gusta como se ve. Dice que esta preocupada porque en el hospital le informaron que tenia placenta previa y no sabe que es y no pregunto porque le da pena preguntarles. Respecto a lo que se le dijo del parto prematuro dice que es causado por cargar cosas pesadas, muchos disgustos, impresiones fuertes, mala alimentación; se identifica por dolor abdominal, inflamación en la vagina y cólicos se evita guardando reposo absoluto, con una buena alimentación, evitando disgustos y emociones fuertes.
- d) Datos objetivos: mamas simétricas que presentan el signo de red venosa de Haller con pezones hiperpigmentados bien formados sin salida de secreciones. No pide al personal del área de la salud le aclaren sus dudas y le expliquen de una manera sencilla que tiene.

II. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LA ETAPA DEL DESARROLLO

- c) Provisión de condiciones que promueven y apoyan el desarrollo: Pide a su mamá y amigas le platiquen de sus embarazos, como se sintieron y ella trata de recordar su embarazo anterior para identificar que esta dentro de lo normal y que no para acudir al médico.

- d) Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal: Regreso a trabajar con lo que se siente útil y satisfecha porque considera que las personas de su edad deben trabajar como lo indica la sociedad y para que su hija y el bebé tengan sus cosas.

III. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

A. Desviación actual

1. Percepción de la desviación de la salud
 - a) Datos subjetivos: Dice que el día 12 de abril acudió al Hospital de Troncoso por presentar dolor al caminar y ahí le dijeron que tenía placenta previa y ahora quiere saber que es eso y proporciona una copia del reporte médico. (anexo 3 y 4). No ha llevado a cabo el tratamiento médico porque se fue con su mamá a Michoacán y se le olvido llevarse sus medicamentos.
 - b) Datos objetivos: Visita de control prenatal encontrándose embarazo de 24.5 SDG X FUM y de 25.1 X USG traspolado del día 13 de abril (anexo 5). Abdomen globoso a expensas de útero gestante con FU de 21 cm con producto único vivo con dorso a la derecha, cefálico, libre con buen movimiento, FCF 140 x min. y varefe (+). Del reporte médico se obtiene que el diagnóstico fue pb. placenta previa, pielonefritis y pb. APP dan cita para el día 25 sin indicaciones de manejo y mandan con su medico familiar.
2. Mecanismo de adaptación
 - a) Datos subjetivos: Refiere que se fue con su mamá porque consideró que en el rancho descansaría y no pensó que esto la afectara o pusiera en riesgo su embarazo porque no hizo esfuerzo y su mamá estuvo al pendiente de ella.
 - b) Datos objetivos: Trata de hacer su vida lo más cercano a la normalidad.
3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida
 - a) Datos subjetivos: Considera que en este momento físicamente no esta al 100% porque se siente cansada (no fatigada) por el turno en el que se encuentra trabajando y considera que el levantarse temprano la afecta

porque cuando estuvo de incapacidad se levantaba más tarde; cree que es cuestión de tiempo para que se acostumbre y regrese a su ritmo de vida normal.

EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PRENATAL EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO (PREVIGen III)

	VALORACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
03	Aumento de peso (Kg / mes) 3			3.0 y más
16	Infección urinaria			Activa
17	Otras alteraciones maternas especifique <u>cervicovaginitis</u>			Activa

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

D = DÉFICIT P = POTENCIAL ND = NO DÉFICIT NE = NO EVALUADO R = RESUELTO

A. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	ND		
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos	ND		
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	D	Considera que su alimentación es deficiente	Del registro dietético se obtiene que la dieta es pobre en frutas y verduras y alta en hidratos de carbono; además tuvo un incremento de 3 kg en 15 días

5. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	D	Aun tiene flujo de color blanco, no fétido acompañado de prurito en algunas ocasiones	
	D		Giordano (+) en fosa renal derecha y tira reactiva de bililabstix sangre lisados aprox. 10 principalmente.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	D	Cansancio porque duerme 5 horas ½ desde que regreso a trabajar y no hace siesta	
7. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	ND		
8. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano	ND		
9. Promoción de la normalidad	D	No pide al personal del área de la salud del hospital le aclaren sus dudas y le expliquen de una manera sencilla lo que tiene	No ha comprendido la información que se le dio de la amenaza de parto prematuro

B. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1. Provisión de condiciones que promueven y apoyan el desarrollo	ND		
2. Prevención de condiciones que afectan el desarrollo	ND		

C. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
A. Desviación actual			
1. Percepción de la desviación	D	No ha llevado a cabo el tratamiento médico prescrito porque olvido sus medicamentos cuando se fue ha Michoacán.	
2. Mecanismo de adaptación	ND		
3. Efectos de la desviación	ND		

JERARQUIZACIÓN

1. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD
2. PERCEPCIÓN DE LA DESVIACIÓN DE LA SALUD
3. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS RELACIONADO CON LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS
4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS RELACIONADO CON LA CERVICOVAGINITIS
5. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS
6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA SEGUNDA VISITA

Fecha: 05 de Mayo de 2000

1 DIAGNÓSTICO

“DEFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS de terminología médica relacionado por falta de interés en el aprendizaje manifestado porque expresa una percepción poco exacta de su problema.”⁹²

PLANEACIÓN

- La señora Gloria incrementará el interés sobre su estado de salud mediante el uso de lecturas recomendadas.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. La enfermera elaborará un tríptico sobre la cervicovaginitis por candidiasis (apéndice 3), la infección de vías urinarias (apéndice 4) y la amenaza de parto prematuro (apéndice 5).
 - Fundamentación: Los recursos didácticos son los medios con los que se apoya el educador para facilitar el proceso de enseñanza – aprendizaje.”⁹³
2. Entregar los trípticos a la embarazada para que los lea en ese momento.
 - Fundamentación: “Se requiere de un guión que incluya las ideas más importantes y expresadas de manera realista, sencilla y clara. Pueden incluirse ilustraciones que permitan reforzar las ideas.”⁹⁴
3. Preguntar si considera que lo leído en los trípticos tiene relación con lo que ella siente, hace y desea.
 - Fundamentación: La función del educador consistirá en animar y favorecer la expresión y la reflexión.”⁹⁵

⁹² Barbara J. Taptich, op. cit., p.144

⁹³ La didáctica en la educación para la salud, op. cit., p. 37

⁹⁴ Ibid, p. 42

4. Pedir exprese sus dudas sobre lo leído para aclararlas en ese momento.
 - Fundamentación: La información es un elemento fundamental en la educación para la salud... es conveniente establecer un espacio de tiempo para que puedan hacerse aclaraciones, rectificaciones o preguntas lo que permitirá estimular el pensamiento, abrir canales de comunicación."⁹⁶
5. Recomendar a la embarazada lea una vez al día los trípticos y compare lo que siente y lo que hace para prevenir complicaciones con lo que leyó.

EVALUACIÓN

La enfermera elaboró los trípticos y se los entregó a la embarazada quien los leyó para posteriormente comentarlos con la enfermera.

Se le realizaron preguntas (ejecución 3) y su respuesta fue que los cólicos, dolor, comezón y la salida de secreción vaginal si los tiene; considera que no ha llevado a cabo todas las medidas preventivas, no ha tomado sus medicamentos como debería por lo que considera que su bebé aun esta en peligro si ella no sigue las indicaciones y comenta que pensó que lo que hacía estaba bien.

Dice que lo que se le dio a leer es claro y lo puede entender sin ningún problema, además le servirá para identificar si algo anda mal para ir al hospital. Se comprometió a leerlo.

2. DIAGNÓSTICO

"FALTA DE CUMPLIMIENTO en la toma de medicamentos relacionado con olvido manifestado porque no sigue el régimen a pesar de haber recibido la instrucción necesaria/ no se resuelven los problemas de salud."⁹⁷

⁹⁵ Ibid, p. 24

⁹⁶ Id.

⁹⁷ Barbara J. Taptich, op. cit., p. 114

PLANEACIÓN

- La embarazada recordará tomar los medicamentos prescritos por el médico con una hoja de registro en un lugar visible como la puerta de su cuarto o la puerta del baño a partir de hoy.
- La familia le proporcionará los medicamentos a la señora Gloria de acuerdo con el horario marcado en la hoja de registro.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Verificar cuales son los medicamentos, dosis y vía de administración prescritos por el médico; en este caso es la ampicilina y los óvulos de nistatina.
 - Fundamentación: "La vía de administración de un fármaco puede afectar al cumplimiento... la pauta de dosificación también es un aspecto importante del cumplimiento. Cuanto más fácil sea de seguir ésta, y cuanto menos frecuente se precise tomar o administrar un medicamento, más probable es que se llegue al cumplimiento."⁹⁸
2. Pedir a la embarazada que en una hoja anote el nombre del medicamento, el día, horario y vía de administración para que lo coloque en un lugar visible y tache en la hoja el día y la hora de la toma.
 - Fundamentación: "El cumplimiento por parte del paciente es muy importante en lo que se refiere a tomar los fármacos prescritos. Para que algunos fármacos lleguen a ser eficaces (p.ej., los antibióticos), deben ser tomados a intervalos regulares y durante un cierto período de tiempo."⁹⁹
3. Recomendar a los familiares revisen el horario de los medicamentos y el que ella los tome a esa hora y de no ser así, le proporcionen ellos el medicamento a la hora estipulada y lo registren en la hoja.

⁹⁸ Magali N. F. Taylor, op. cit., p. 11

⁹⁹ Id.

EVALUACIÓN

La señora Gloria y su familia se comprometieron entre sí para que tome sus medicamentos diciéndole que así no tendrá ningún pretexto.

3. DIAGNÓSTICO

“ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA relacionada con infección de vías urinarias.”¹⁰⁰

PLANEACIÓN

- La embarazada efectuará las medidas de autocuidado en la infección de vías urinarias con la ayuda de su familia a partir de hoy.
- Reforzará la información de las medidas de autocuidado con un tríptico a partir de hoy.
- Mencionará algunos de los cuidados a seguir en este caso al término de la visita.
- La señora Gloria reportará un patrón de micción normal en la próxima visita.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Enseñar a la gestante los síntomas de la infección de las vías urinarias.
 - Fundamentación: “Las infecciones del tracto urinario son comunes en el embarazo, los síntomas son disuria, polaquiuria y urgencia, con dolor, escalofríos y fiebre.”¹⁰¹
2. Enumerar las medidas de autocuidado a la embarazada y su familia con la ayuda de un tríptico.
 - a) Tomar una tableta de ampicilina de 500mg cada 6 horas por 10 días.
 - Fundamentación: “es importante seguir el horario prescrito para mantener estables los niveles en sangre.”¹⁰²
 - b) Ingerir 2 litros de agua al día.

¹⁰⁰ Barbara J. Taptich, op. cit., p. 65

¹⁰¹ Virginia Aukamp, op. cit., p. 132

¹⁰² Arlene Bourroughs, op. cit., p. 390

- Fundamentación: "La ingesta de agua facilita la limpieza de los uréteres."¹⁰³
 - c) Consumir alimentos ricos en vitamina C como naranjas, pepinos, toronjas, melones, limones, piña, etc.
 - Fundamentación: "Resistencia a las infecciones y mejora la absorción de hierro."¹⁰⁴
 - d) Limpiar el área perineal de adelante hacia atrás.
 - Fundamentación: "disminuye la capacidad bacteriana para penetrar en el tracto urinario."¹⁰⁵
 - e) Miccionar cuando sienta la necesidad.
 - Fundamentación: "evita la hiperdistensión y la disminución del flujo sanguíneo a la vejiga, así como las probabilidades de colonización por bacterias."¹⁰⁶
 - f) Evitar consumir alimentos irritantes para la vejiga como el café, té, alcohol y especias.
3. Pedir a la familia de la gestante le recuerden las medida de autocuidado y para que sirven.
 4. Preguntar cuales son las medidas de autocuidado y para que sirven.
 - El interrogatorio "representa una de las técnicas más apropiadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje para lograr un mejor conocimiento de lo asimilado por el alumno, de igual manera que propicia su participación."¹⁰⁷

EVALUACIÓN

Se entregó un tríptico sobre la infección de las vías urinarias, se reviso con la embarazada y su familia; al termino de la visita la embarazada dijo que lo que ella tenia que hacer para disminuir o mejorar aun desaparecer la infección era tomar mucho agua, limpiarse de adelante hacia atrás cuando hace del baño para que no

¹⁰³ Virginia Aukamp, op. cit., p. 132

¹⁰⁴ Arlene Bourroughs, op. cit., p. 98

¹⁰⁵ Susana Martín, Normas de cuidados del paciente "guía de planificación de la práctica asistencial conjunta", Ed. Harcourt-Brace, 6ª ed. Madrid, 1997, p. 734

¹⁰⁶ Id.

¹⁰⁷ La didáctica en la educación para la salud, op. cit., p. 29

se ensucie con la popo y siga la infección, tomar agua de limón, comer naranjas, tomar sus medicamentos principalmente para que la infección se acabe; además no debe aguantarse las ganas de orinar; manifestó también que llevaría a cabo las medidas de autocuidado porque quiere que su bebé este bien.

4 DIAGNÓSTICO

“FALTA DE CONOCIMIENTO en relación con el progreso y los efectos de la infección, el tratamiento necesario y el riesgo de transmisión.”¹⁰⁸

EJECUCIÓN

- La señora Gloria contará con información sobre causas, signos y síntomas, tratamiento y riesgos para el recién nacidos en la cervicovaginitis por candidiasis a través de un tríptico en está visita.
- La embarazada llevará a cabo el tratamiento médico y las medidas de autocuidado para la candidiasis con la ayuda de su familia a partir de hoy y hasta que la infección seda.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Dar a conocer factores de riesgo, signos y síntomas, tratamiento, medidas de autocuidado y riesgo fetal.
 - a) Factores de riesgo como el uso de anticonceptivos orales, antibióticos, diabetes y embarazo.
 - Fundamentación: “Durante la gestación, modificación y los cambios hormonales, bioquímicos, locales y de la flora nativa pueden favorecer la multiplicación de gérmenes patógenos y/o oportunistas, los cuales facilitan la infección cervicovaginal.”¹⁰⁹

¹⁰⁸ Sharon Reeder, op. cit., p. 876

¹⁰⁹ Ernesto Calderón, op. cit., p. 180

- b) Signos y síntomas.
- Fundamentación: “La secreción de la vaginitis por candida tiene un color blanco característico, es espesa, similar a cuajada y se adhiere al cérvix y paredes de la vagina...el prurito es de moderado a grave, en particular en vulva y perineo. Es posible que los labios y vulva estén de color brillante, irritados, sensibles al tacto.”¹¹⁰
- c) Tratamiento con óvulos de nistatina.
- Fundamentación:” la nistatina se fija a la membrana celular del hongo, formando poros a través de los cuales se pierden constituyentes celulares. Esto da lugar a alteraciones que resultan fatales para el hongo.”¹¹¹
- d) Medidas de autocuidado como limpiarse de adelante hacia atrás, usar ropa de algodón, evitar el uso de ropa ajustada y pantimedias, bañarse y cambiarse la ropa diario, no usar jabones perfumados, desodorantes vaginales, ni duchas vaginales.
- Fundamentación: “evita contaminar la vagina con las heces...las pantimedias de nylon retienen el calor y la humedad facilitando el crecimiento de microorganismos.”¹¹²
- e) Riesgos para el recién nacido
- Fundamentación: “El bebe puede tener moniliasis si la infección prevalece hasta el momento del parto.”¹¹³
2. Pedir a la familia le recuerden que debe aplicarse el óvulo de nistatina antes de dormir y le indiquen seguir las medidas de autocuidado cuando no se estén llevando a cabo por ejemplo si se baña con jabón perfumado le compren uno neutro y de preferencia todos lo usen para que ella sienta el apoyo.

¹¹⁰ Sharon Reeder, op. cit., p. 879

¹¹¹ Magali N.F. Taylor, op. cit., p. 204

¹¹² Arlene Burroughs, op. cit., p. 543

¹¹³ Ernesto Calderón, op. cit., p. 183

EVALUACIÓN

Se reviso el tríptico de candidiasis no hubo dudas y todos se comprometieron a ayudarla para que este bien ella y el bebé; además al ver que el recién nacido puede presentar moniliasis la embarazada se intereso más en llevar a cabo el tratamiento porque ella quiere que su bebé este bien.

5 DIAGNÓSTICO

“Alteración de la nutrición: ingestión de cantidades de nutrientes menor a las necesidades del organismo, se relaciona con consumo inadecuado de calorías”.¹¹⁴

PLANEACIÓN

- La señora Gloria incrementará el conocimiento sobre los requisitos nutricionales durante el embarazo.
- La enfermera proporcionará en esta visita y las que sean necesarias información sobre las necesidades nutricionales durante el embarazo.
- La enfermera elaborará un plan dietético de ejemplo en el que la embarazada incrementará de peso entre 400/500g por semana.

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
1. Evaluar el aumento de peso de la embarazada tomando como referencia el peso de la primera visita.
 - Fundamentación: “el aumento promedio de peso en el embarazo es de 12 a 17 Kilos aproximadamente; alrededor de 1 a 2.5 Kilos en el primer trimestre y luego el aumento es a razón de 500g semanales por el resto del embarazo.”¹¹⁵
 2. Valorar el registro dietético que hizo la embarazada.
 - Fundamentación: “la obtención de información del consumo dietético es otro aspecto importante de la valoración nutricional.”¹¹⁶

¹¹⁴ Sharon Reeder, op. cit., p. 377

¹¹⁵ Arlene Burroughs, op. cit., p. 975

¹¹⁶ Sharon Reeder, op. cit., p. 361

3. Comentar la importancia de incrementar el consumo de calorías en el embarazo.
 - Fundamentación: “Durante el embarazo hay mayor necesidad calórica para el crecimiento del feto y la placenta y satisfacer los requerimientos de la madre. El consumo dietético recomendable (RDA) durante el segundo y tercer trimestres del embarazo, es 300 Kcal/día por encima del RDA normal de la mujer.”¹¹⁷
4. Orientar a la señora Gloria y familiares sobre el contenido de las necesidades nutricionales en el embarazo.
 - Fundamentación: “Los alimentos se constituyen de una combinación de diversos nutrientes: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. Los carbohidratos, proteínas y grasas constituyen el grupo que se denomina nutrientes energéticos, porque aportan energía o calorías a la dieta. Las vitaminas, los minerales y el agua no contribuyen al contenido calórico de los alimentos.”¹¹⁸
5. Invitar a que consuma una dieta equilibrada, variada y suficiente.
 - Fundamentación: “ingerir una dieta equilibrada (con las proporciones adecuadas de nutrimentos), completa (con alimentos de los tres grupos en cada comida), variada (que incluya diferentes alimentos y platillos), suficiente (con la cantidad de alimentos que cada quien debe consumir para cubrir sus necesidades de nutrimentos).”¹¹⁹
6. Elaborar un plan dietético para la gestante de acuerdo al peso esperado y las semanas de gestación que se le entregará en la próxima visita. (apéndice 6)
 - Fundamentación: “En el caso de la mujer encinta, el secreto está en saber qué tipo y qué cantidad de alimentos debe consumir en cada etapa de su gestación, de acuerdo con sus características personales.”¹²⁰

¹¹⁷ Ibid. p. 378

¹¹⁸ Ibid. 380

¹¹⁹ “La alimentación de la embarazada”. Cuadernos de nutrición, op. cit., p. 39

¹²⁰ Id.

EVALUACIÓN

La embarazada y su familia contaron con información sobre los requisitos calóricos y nutricios recomendados en el embarazo, así como el aumento de peso esperado en el primer trimestre y en cada semana a partir del segundo trimestre. Se planeo la dieta en los dos días siguientes.

6. DIAGNÓSTICO

“PERTURBACIÓN DEL SUEÑO relacionado con las perturbaciones en el ciclo circadiano manifestado por despertar temprano por la mañana/ no dormir siestas durante el día.”¹²¹

PLANEACIÓN

- La embarazada incrementará el descanso durante el embarazo con la ayuda de sus familiares a partir de hoy.
- La paciente y su familia conocerán cuales son las medidas de autocuidado que se recomienda seguir para descansar en el embarazo.
- La enfermera orientará a la familia sobre como pueden apoyar a la embarazada para que descansa de una a dos horas más al día.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Identificar cuales son las causas por las que no descansa.
2. Recomendar hacer pequeñas siestas cuando llega de trabajar y en su día de descanso.
 - Fundamentación: “El reposo adecuado es importante para la salud física y emocional.”¹²²
3. Aconsejar se duerma más temprano a fin de dormir ocho horas diarias.
 - Fundamentación: “La capacidad para mantener un equilibrio entre la actividad y el reposo afecta a la adaptación al estrés o a estímulos.”¹²³

¹²¹ Barbara J. Taptich, op. cit., p. 120

¹²² Virginia Aukamp, op. cit., p. 45

¹²³ Id.

4. Aconsejar a la señora Rosa que cuando Gloria haga su siesta realice alguna actividad con la niña como por ejemplo salir a caminar, jugar, ver televisión, platicar sobre el embarazo y como puede ayudar, etc.
 - Fundamentación:” Mientras los niños participan en actividades tranquilas, la madre puede descansar o dormir.”¹²⁴
5. Informarle a Estefani lo importante que es su ayuda para que su mamá descanse porque su hermanito (a) lo necesita.

EVALUACIÓN

La señora Rosa dijo que su hija si se duerme que tal vez no descansa lo suficiente pero que ella la va ayudar lo que más pueda; la niña dijo que si su mamá se cansa porque carga a su bebé entonces ella la va a cuidar y la va a dejar que se duerma, le va a cerrar el cuarto y no va a dejar que nadie entre ni le haga ruido. El señor Daniel refiere que el no está cuando ella llega pero que cuando descansa le pide no haga nada y se vaya a recostar pero no lo hace por terca.

¹²⁴ Ibid., p. 46

5.3. TERCERA VISITA PRENATAL

Fecha: 20 de Mayo de 2000

I. NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

A. AIRE

- a) Datos subjetivos: Refiere no tener ningún problema para respirar.
- b) Datos objetivos: Signos vitales T/A = 100/60 P = 78 X min. R = 21 X min. T = 36.6°C. Paciente con discreta palidez de tegumentos, resto de la exploración sin alteración.

B. LÍQUIDOS

- a) Datos subjetivos: Ve que sus manos y pies están un poco hinchados cuando se va a dormir, pero en las mañanas ya están normales, lo de sus pies lo atribuye a que permanece mucho tiempo de pie en su trabajo.
- b) Datos objetivos: En la exploración se encontró edema ligero en pies y tobillos.

C. ALIMENTOS

- a) Datos subjetivos: Está procurando llevar a cabo una dieta como se había planeado en la visita pasada, su mamá la ayuda preparándole comida para que se lleve al trabajo, el registro dietético que mostró en esta visita fue el siguiente:

	DESAYUNO	COMIDA	CENA
DOMINGO	Un vaso de leche, dos molletes, una manzana.	Dos platos de pozole, tres tostadas, crema, dos vasos de refresco de sabor.	Un vaso de leche y un pan de dulce.
LUNES	Un vaso de leche, un poco de fruta picada y unas galletas.	Una torta de milanesa, una botella chica de agua simple, un poco de fruta picada	Un plato de cereal con leche.
MARTES	Un vaso de leche con galletas y una manzana.	Una sopa instantánea, dos croquetas con lechuga y una botella de agua simple.	Una quesadilla, una gordita, un vaso de refresco de cola.

MIÉRCOLES	Un yogurt de fresa, unas papas fritas y un refresco chico.	Ensalada rusa de atún con galletas saladas, agua simple y una pera.	Dos hot cakes con la lechera, mantequilla y miel, dos vasos de leche.
JUEVES	Un flan, un pan de dulce y un vaso de atole de arroz.	Un plato de sopa de verduras, cuatro tacos dorados de jamón con queso, lechuga y aguacate, una naranja con chile y agua de limón.	Tres tacos de suadero, un vaso de refresco de cola, un vaso de leche con pan.
VIERNES	Un café con una torta de huevo y una gelatina.	Un plato de sopa de pasta, un plato de caldo de pollo con verduras, tres tortillas agua de tamarindo y fruta picada con limón y chile.	Un vaso de atole y un tamal.
SÁBADO	Un vaso de leche con café, dos tamales.	Un plato de arroz, mariscos con galletas saladas y refresco de sabor.	Un vaso de leche y una rebanada de pastel.

Dice que en ocasiones tiene agruras.

b) Datos objetivos: El peso actual de la embarazada es de 57Kg por lo que el incremento en 15 días fue de 1 Kg. La dieta ha mejorado es más variada aunque no es lo esperado.

D. ELIMINACIÓN

a) Datos subjetivos: Las evacuaciones siguen siendo de una a dos por día de color café; en una ocasión se sintió estreñida y su mamá le dijo que tomara un vaso de avena con agua caliente. Respecto a la orina dice que micciona unas seis veces al día sin ninguna molestia y la describe como amarilla clara que no

huele. Menciona que continua con el flujo blanco que más bien es un poco transparente en menor cantidad, no huele, ni tiene comezón.

- b) Datos objetivos: Se detecta Giordano (+) en fosa renal derecha. Bililabstix que reporta sangre lisados aprox. 10; resto de la exploración sin alteraciones.

E. ACTIVIDAD Y REPOSO

- a) Datos subjetivos: Procura dormirse a las 22 horas y levantarse a las 4:30 para irse a trabajar; regresa a su casa a más tardar a las 17 hrs.; al llegar come y luego se va a su cuarto y se duerme 1 ó 2 horas tiempo en el que Fany sale a jugar con una vecina. Expresa que ya no se siente cansada y agradece la ayuda a su mamá. Dice que en ocasiones le duele la espalda.
- b) Datos objetivos: Se observa que su postura es incorrecta (los hombros están inclinados hacia delante, el resto del cuerpo está relajado y la espalda un poco arqueada).

F. SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

- a) Datos subjetivos: Con pena dice que siente que en estos momentos no tolera la presencia de su esposo, no quiere que la abrace, ni la bese porque le da asco. Al preguntarle a que lo atribuye dice que no sabe. Su mamá dice que está enojada con él porque una mujer que al parecer es una tía de Daniel le habla a Gloria para decirle que él anda con otra y ella se lo cree y no le cree a Daniel quien le dice que es mentira.
- b) Datos objetivos: Durante la visita la embarazada recibió una llamada que la inquietó y se puso a llorar diciendo que era otra vez una mujer que le decía que su esposo estaba con otra; después de esto se puede decir que el rechazo es por la duda de la infidelidad por parte del señor Daniel quien llegó justo en ese momento. Después de preguntar a la embarazada si su esposo le demostraba falta de afecto, faltaba a su casa, se comportaba diferente con ella, o bien existiera algo que la hiciera creer lo que le decían ella respondió que no y se tranquilizó diciendo que tal vez la quieren molestar porque no la quiere su

familia política y que la llamada era falsa porque él ya estaba con ella y no en donde le dijeron.

G. RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANOS

- a) Datos subjetivos: En ocasiones se le antoja una taza de café pero no la toma, lo que si toma es refresco de cola pero considera que no en exceso.
- b) Datos objetivos: De acuerdo con el reporte dietético que mostró se tiene que tomo una taza de café y un vaso de refresco de cola una vez a la semana.

H. NORMALIDAD

- a) Datos subjetivos: A pesar de que ya tiene una hija no recuerda como es que va evolucionando el embarazo, que cosas son normales y cuales no, por lo que le gustaría que en las próximas visitas se le hablara de este tema porque en el hospital le dicen que es normal lo que siente.
- b) Datos objetivos: Mamas hiperpigmentadas, red de Haller con salida de secreción (precalostro). Se nota tiene interés por recibir asesoramiento en el embarazo.

II. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

- a) Provisión de condiciones que promueven y apoyan el desarrollo: Lee los folletos que se le dieron en la visita anterior y quiere leer cosas del embarazo pero no tiene dinero para comprar revistas o libros porque está juntando para comprar las cosas del bebé.
- b) Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal: Se preguntó si desea recibir información sobre el embarazo y preparación para el parto a lo que respondió que si.

III. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

A. Desviación actual

1. Percepción de la desviación de la salud: Tercer visita de control prenatal de embarazo de 26.6 SDG X FUM con abdomen globoso a expensas de útero gestante con FU 24cm, con producto único vivo, dorso a la derecha, cefálico libre, buen movimiento y golpe vigoroso, FCF 142 X min., varefe (+).
2. Mecanismos de adaptación: En este momento su vida es normal y considera que su embarazo no la limita para hacer sus actividades cotidianas.
3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida: Sin alteración.

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO (PREVIGen III)

	VALORACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
16	Infección urinaria			Activa

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

D = DÉFICIT P = POTENCIAL ND = NO DÉFICIT NE = NO EVALUADO R = RESUELTO

A. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	ND		
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos	P	Manos y pies un poco hinchados cuando se va a dormir	Edema ligero en pies y tobillos
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	P	En ocasiones siente agruras	
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	D		Giordano (+) en fosa renal derecha y bililabstix que reporta sangre lisados aprox. 10.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	D	Dolor en la espalda	Mala postura
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	ND		
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano	ND		
8. Promoción de la normalidad	ND		

B. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1. Provisión de condiciones que promueven y apoyan el desarrollo.	ND		
2. Prevención de condiciones que afectan el desarrollo	D	Desea saber sobre la evolución del embarazo, pero no tiene dinero para comprar revistas o libros que traten el tema del embarazo	

C. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
A. Desviación actual			
1. Percepción de la desviación	ND		
2. Mecanismo de adaptación	ND		
3. Efectos de la desviación	ND		

JERARQUIZACIÓN

1. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos por infección de las vías urinarias.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
5. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo.

APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA TERCERA VISITA

Fecha: 20 de Mayo de 2000

1 DIAGNÓSTICO

"Alteración de la eliminación urinaria relacionada con ITU."¹²⁵

PLANEACIÓN

- La señora Gloria continuará con las medidas de autocuidado para la infección de vías urinarias mientras ésta persista.
- Tira reactiva de bililabstix con reporte negativo de sangre en la próxima visita después de asegurar el término del tratamiento con antibióticos orales.

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
 1. Valorar signos y síntomas de infección de vías urinarias (reporte bililabstix sangre no lisados trazas ap. 10)
 2. Animarla a seguir con las medidas de autocuidado, hacerle ver que gracias a que las ha realizado no siente molestias y la infección ha disminuido.
 3. Recomendarle practique los ejercicios de Kegel.
 - Fundamentación: sirven "para reforzar los músculos del piso pélvico y reducir la incontinencia."¹²⁶
 4. Pedirle que continúe tomando el antibiótico.

¹²⁵ Susana Martín, op. cit., p. 734

¹²⁶ Arlene Burroughs, op. cit., p. 89

5.3 TERCERA VISITA

Fecha: 20 de Mayo de 2000

1 DIAGNÓSTICO

“Alteración de la eliminación urinaria relacionada con ITU.”¹²⁵

PLANEACIÓN

- La señora Gloria continuará con las medidas de autocuidado para la infección de vías urinarias mientras ésta persista.
- Tira reactiva de bililabstix con reporte negativo de sangre en la próxima visita después de asegurar el término del tratamiento con antibióticos orales.

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
 1. Valorar signos y síntomas de infección de vías urinarias (reporte bililabstix sangre no lisados trazas ap. 10)
 2. Animarla a seguir con las medidas de autocuidado, hacerle ver que gracias a que las ha realizado no siente molestias y la infección ha disminuido.
 3. Recomendarle practique los ejercicios de Kegel.
 - Fundamentación: sirven “para reforzar los músculos del piso pélvico y reducir la incontinencia.”¹²⁶
 4. Pedirle que continúe tomando el antibiótico.

¹²⁵ Susana Martín, op. cit., p. 734

¹²⁶ Arlene Burroughs, op. cit., p. 89

EVALUACIÓN

La embarazada se comprometió a continuar con las medidas de autocuidado porque dice que si ha visto mejoría en su estado de salud y que no le gusta tomar medicamentos pero sabe que el antibiótico es el que le ayudará a terminar con la infección. Se siente bien porque dice que lo que ha hecho para estar bien si ha funcionado y que si la infección continúa deberá continuar tomando el antibiótico por más tiempo hasta que se lo indique su médico; hasta el momento lleva con el tratamiento 15 días.

2. DIAGNÓSTICO

“Edema de pies y tobillos por deficiencia de conocimientos acerca de la manera de reducirlo.”¹²⁷

PLANEACIÓN

- Al término de la visita la embarazada verbalizará que es el edema, medidas de autocuidado y señales de alarma.
- La señora Gloria prevendrá el edema por medio del autocuidado a más tardar en una semana y lo continuará hasta el final del embarazo.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa.

1. Explicar que es el edema.

- Fundamentación: “Hinchazón anormal debido al acumulo de grandes cantidades de líquido en los tejidos.”¹²⁸

2. Informar como se disminuye y previene.

a) Recomendar que al llegar de trabajar, al ver televisión o antes de acostarse eleve las piernas por lo menos 20 minutos.

- Fundamentación: “La elevación de las piernas, con tanta frecuencia como sea posible, reduce la inflamación y la incomodidad.”¹²⁹

¹²⁷ Sharon Reeder, op. cit., p. 334

¹²⁸ Ibid., p. 1363

¹²⁹ Ibid., p. 436

- b) Disminuir el consumo de sal en el día.
- Fundamentación: "No siempre los riñones pueden deshacerse rápidamente de tanta sal y lo que hace el organismo es diluirla, reteniendo agua. Esto aumenta los líquidos del cuerpo, sobre todo los circundantes o sea el volumen circulatorio. La principal consecuencia es la tendencia a la hipertensión."¹³⁰
- c) Elevar el consumo de proteínas a 60g por día.
- Fundamentación: "Se requiere para incrementar el volumen de sangre en la circulación de la embarazada."¹³¹
- d) Aconsejar que informe al médico si el edema aumenta y se observa en cara, manos y pies.
- Fundamentación: "El edema es uno de los signos de preeclampsia y no debe pasarse por alto."¹³²
- e) Usar medias para el embarazo.
- Dan un apoyo firme a los vasos sanguíneos.
- f) Evitar permanecer mucho tiempo en una sola posición

EVALUACIÓN

Al finalizar la visita se pidió a la señora Gloria dijera lo que recordaba del tema y respondió que si su cuerpo se hinchaba principalmente su cara, manos y pies tenia que ir al doctor porque podría tener la presión alta y la hospitalizarían como en el embarazo anterior cosa que no quiere y evitará comiendo menos sal, más carne y subiendo los pies un rato.

3 DIAGNÓSTICO

"Deficiencia de conocimientos en relación con: cuidados personales para reducir las incomodidades leves."¹³³

¹³⁰ Miriam M. de Chavez, Guías de alimentación, Ed. INNSZ, México, 1993, p. 10

¹³¹ Arlene Burroghs, op. cit., p. 95

¹³² Sharon Reeder, op. cit., p. 436

¹³³ Ibid., p. 413

PLANEACIÓN

- Reducir la molestia de las agruras por medio de cambios en la dieta diaria durante el resto del embarazo.

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa.
 1. Informar cuales son las causas de las agruras en el embarazo.
 - Fundamentación: “Presión sobre el estómago por el útero agrandado y disminución en la motilidad gástrica provocan un reflujo de contenido gástrico hacia la parte inferior del esófago y la sensación de ardor.”¹³⁴
 2. Recomendar coma más veces pero en menor cantidad.
 - Fundamentación: “El tiempo de vaciamiento gástrico está retardado y el reflujo ácido hacia el esófago puede causar pirosis.”¹³⁵
 3. Disminuya el consumo de alimentos grasosos, fritos, condimentados y el café.
 - Fundamentación: “los alimentos grasos la acentúan y el café estimula la secreción de ácido en el estómago e irritan la mucosa.”¹³⁶
 4. Evite recostarse después de comer y mejor se espere media hora sentada.
 - Fundamentación: “Si la persona se recuesta la regurgitación empeora.”¹³⁷
 5. Evitar ingerir antiácidos con base de sodio como el Alka – seltzer.
 - Fundamentación: “Produce absorción de sodio en exceso y retención de líquidos.”¹³⁸

EVALUACIÓN

Gloria comentó que ha estado tentada a tomar el Alka – seltzer cuando siente la molestia pero no lo hacia porque prefería preguntar al médico; ahora sabe que no lo debe tomar y prefiere cambiar su dieta para no tomar ningún medicamento.

¹³⁴ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 1116

¹³⁵ Elizabet Jean, op. cit., p. 178

¹³⁶ Sharon Reeder, op. cit., p. 433

¹³⁷ Id.

¹³⁸ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 1116

4. DIAGNÓSTICO

“Dolor en la región inferior de la espalda en relación con mala postura.”¹³⁹

PLANEACIÓN

- La embarazada disminuirá el dolor de espalda por medio de la postura, mecánica corporal adecuada y el masaje por parte de su esposo y mamá durante el resto del embarazo.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa.

1. Pedir a la embarazada se coloque de frente a un espejo y observe su postura y la describa.
 - Fundamentación: “La postura durante el embarazo puede causar dolor de espalda o aliviarlo.”¹⁴⁰
2. La enfermera determinará si la postura de la embarazada es la correcta o incorrecta y se lo hará saber a la embarazada.
 - Fundamentación: Causa: el centro de gravedad de la embarazada cambia y para compensarlo se desplazan la cabeza y hombros hacia atrás, tórax hacia delante. Esta postura puede producir lordosis y dolor de espalda. Al evolucionar el embarazo hay relajación de las articulaciones pélvicas lo que agrava el problema.”¹⁴¹
3. Utilizando el espejo hacer la corrección de la postura.
 - Fundamentación: “En la postura correcta, el cuello y los hombros están derechos, la espalda se aplanando al apretar la pelvis hacia abajo y ligeramente hacia arriba.”¹⁴²
4. Recomendar que al agacharse para recoger objetos, lo haga con la espalda recta, las rodillas dobladas y las piernas separadas con el fin de mantener el equilibrio.

¹³⁹ Sharon Reeder, op. cit., p. 334

¹⁴⁰ Arlene Burroughs, op. cit., p. 90

¹⁴¹ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 1116

¹⁴² Arlene Burroughs, op. cit., p. 90

5. Para disminuir el dolor de espalda pedir se coloque en posición de gato (4 patas) y curve la espalda y contraiga los músculos abdominales. Se relaje y coloque su espalda en línea recta; después de seis repeticiones estire sus nalgas y tobillos, manteniendo los brazos de frente.

- Fundamentación: "Existen algunos ejercicios, como la inclinación pélvica, que refuerzan los músculos abdominales y de la región inferior de la espalda y también ayudan a corregir la mala postura y aliviar el dolor de espalda."¹⁴³

EVALUACIÓN

La embarazada se observó en el espejo y dijo que su cabeza estaba inclinada hacia delante al igual que sus hombros, su espalda estaba inclinada hacia atrás. Después se hizo la corrección de la postura elevando un poco la barbilla, con la vista al frente, los hombros hacia atrás y la espalda recta; ella dijo que si había diferencia y que hasta se veía más alta.

Hicimos el ejercicio del punto 5 y al término menciono que sentía rico en su espalda y se comprometió a realizarlos en lo que resta del embarazo.

3. DIAGNÓSTICO

"Déficit de conocimientos sobre el autocuidado durante el segundo trimestre del embarazo."¹⁴⁴

PLANEACIÓN

- La señora Gloria recibirá información sobre el curso del embarazo y el autocuidado en el segundo trimestre del embarazo en cada visita.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa.

1. Informar a la embarazada cuales son los cambios físicos en este trimestre.

¹⁴³ Sharon Reeder, op. cit., p. 335

¹⁴⁴ Virginia Áukamp, op. cit., p. 25

- Fundamentación: "Durante los nueve meses de embarazo, las mujeres experimentan diversos tipos de achaques. Muchos de ellos son resultado de los cambios físicos que se presentan... estas molestias usualmente pueden ser aliviadas o se pueden prevenir con medidas sencillas."¹⁴⁵
2. Comentar el crecimiento y desarrollo fetal.
- "Después de 26 semanas de crecimiento, el feto pesa 1000g y mide 250mm; los dedos tienen uñas, el cuerpo no tiene grasa, los ojos están parcialmente abiertos, tienen pestañas; existen bronquios, están en formación los alveolos primitivos, la piel empieza a engrosarse en manos y pies, existe el reflejo de sobresalto, el de la presión es fuerte."¹⁴⁶
3. Indicar cuales son las molestias (dolor de espalda, várices, estreñimiento, contracciones de Braxton Hicks, agruras y calambres) durante este periodo y como puede prevenirlas o disminuirlas.
- Fundamentación: "Durante los nueve meses de embarazo, las mujeres experimentan diversos tipos de achaques. Muchos de ellos son resultado de los cambios físicos que se presentan...estas molestias usualmente pueden ser aliviadas o se pueden prevenir con medidas sencillas."¹⁴⁷
4. Proporcionar en una hoja un listado de los signos de alarma para que acuda de inmediato al Hospital.
- b) Dolor de cabeza intenso
 - c) Temperatura por encima de los 38°C
 - d) Zumbido de oídos
 - e) Visión borrosa o manchas
 - f) Edema de cara, manos y pies
 - g) Más de tres contracciones en diez minutos
 - h) Disminución o ausencia de movimientos fetales
 - i) Rotura de membranas (si es el caso utiliza una toalla sanitaria testigo)
 - j) Hemorragia vaginal

¹⁴⁵ Arlene Burroughs, op. cit., p. 86

¹⁴⁶ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 146

¹⁴⁷ Arlene Burroughs, op. cit., p. 86

5. Recomendar hacer ejercicios que estén indicados en su estado de salud.
 - Fundamentación: "El ejercicio durante el embarazo suele ser benéfico. Sin embargo, el grado de ejercicio depende de cada persona, de su estado general y del avance del embarazo.
El ejercicio distrae, reduce la ansiedad y la tensión, tranquiliza la mente, ayuda a dormir y a reducir el estreñimiento y estimula el apetito, todo lo cual es de ayuda para la mujer embarazada.
Los ejercicios prenatales forman parte tradicional de la educación prenatal, con el propósito de reforzar los músculos abdominales, relajar los músculos del piso pélvico, inclinar la pelvis, efectuar abducción y elongación de los muslos."¹⁴⁸
6. Enseñar técnicas relajación de preparación para el trabajo de parto y parto.
 - Fundamentación: "El uso de la relajación como destreza para afrontar el trabajo de parto constituye la base de todas las técnicas de educación en este campo."¹⁴⁹
7. Enseñar técnicas de respiración de preparación para el trabajo de parto y parto.
 - "La respiración, es un punto de atención que mantiene bien oxigenados al bebé y a la mamá."¹⁵⁰

EVALUACIÓN

La embarazada se observó interesada por los temas tratados y participó con gusto en las técnicas de respiración y relajación; respecto al ejercicio dijo que no lo haría porque se sentía insegura y tiene tiempo que no lo hace. Al finalizar la visita mencionó que esto es lo que quería le dijeran y le gusto mucho.

¹⁴⁸ Sharon Reeder, op. cit., p.424

¹⁴⁹ Ibid., p. 343

¹⁵⁰ María Elena Cañizo de Garcia "sicoprofilaxis controla el dolor" CRECERfeliz, México, 1999, núm., 5, p. 64

5.4. RESUMEN DE LA CUARTA VISITA

Fecha: 21 de Junio de 2000

NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

- a) Datos subjetivos: Toma un litro y medio de agua al día; considera que su dieta es buena porque ahora lleva comida y fruta que le prepara su mamá. Evacua 2 veces al día y orina aproximadamente 4 – 5 veces al día sin ningún problema dice que la orina es amarilla y no es fétida. Esta durmiendo 8 horas diarias y descansa una hora cuando llega de trabajar y aprovecha para ver la televisión y levantar los pies para que no se le hinchen; con la ayuda de su familia a mejorado su postura porque le dicen cuando se encorva y entonces se endereza; procura hacer los ejercicios del gato con su hija quien la motiva y le dice que tiene que hacerlos para que este bien. Sigue trabajando sin ningún problema en el horario matutino. Habló con su esposo de la sospecha de infidelidad y todo se aclaró, ahora él llega más temprano y pasa más tiempo con ella; por el momento no desea tener relaciones coitales. En algunas ocasiones siente que su abdomen se le endurece, no le duele y se le quita rápido. El día 23 de mayo le hicieron estudios de laboratorio (anexo 6). Quiere seguir con la preparación para el trabajo de parto y el parto porque considera que este embarazo es diferente al anterior y no sabe del desarrollo normal del embarazo y del crecimiento fetal.
- b) Datos objetivos: Paciente que se encuentra alerta con postura corporal erguida, marcha normal. Piel tibia, suave con elasticidad; encías rosadas, sin problemas gingivales. Cardiopulmonar sin compromiso con frecuencia respiratoria de 21 por minuto, frecuencia cardíaca de 80 por minuto y presión arterial de 100/ 60; mamas hiperpigmentadas con red venosa de Haller; abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 28 cm., con producto único vivo que tiene el dorso a la derecha, con presentación cefálica, libre, con frecuencia cardíaca fetal de 148 por minuto y varefe (+), se

perciben movimientos fetales. Por último reflejos tendinosos presentes; resto de la exploración sin alteraciones.

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO (PREVIGen III)

	Valoración	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
16	Infección urinaria		Controlada	

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
B. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO	P	No sabe nada sobre el crecimiento y desarrollo fetal.	

APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA CUARTA VISITA

Fecha: 21 de Junio de 2000

1. DIAGNÓSTICO

“déficit de conocimientos sobre el tercer trimestre del embarazo.”¹⁵¹

PLANEACIÓN

- Gloria y su familia recibirán información sobre el preparto y el parto en las siguientes visitas prenatales.
- Gloria llevará a cabo las técnicas de respiración y relajación con ayuda de su familia por lo menos una vez a la semana.
- Conocerán los cambios físicos, desarrollo del feto y las molestias más comunes en el tercer trimestre del embarazo.
- Comentar los signos de alarma en cada visita

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Valorar los conocimientos que tiene la pareja sobre el preparto y el parto.
 - Fundamentación: “Según Orem la falta de conocimientos sobre el embarazo y sus secuelas son un déficit de desarrollo de autocuidados. Proporcionar información sobre este déficit de desarrollo es responsabilidad de la enfermera.”¹⁵²
2. Informar a la pareja cuales son los cambios físicos en la tercer etapa del embarazo.
3. Comunicar cuales son las molestias más comunes en este periodo, como se previenen y controlan.

¹⁵¹ Virginia Aukamp, op. cit., p.41

¹⁵² Id.

MOLESTIA	FUNDAMENTACIÓN
a) Micción frecuente	"durante el tercer trimestre, cuando tiene lugar el aligeramiento o descenso de la presentación fetal el útero engrosado puede volver a comprimir la vejiga." ¹⁵³
b) Dolor de espalda	"El útero en expansión modifica el centro de gravedad de las mujeres embarazadas." ¹⁵⁴
c) Disnea	"causa: el útero agrandado ejerce presión sobre el diafragma." ¹⁵⁵
d) Varices	"causa: entre los factores contribuyentes están la predisposición hereditaria, presión del útero grávido sobre las grandes venas y estar de pie por lapsos prolongados." ¹⁵⁶
e) Contracciones de Braxton Hicks	"ocasionan que los músculos uterinos se contraigan y se relajen, con lo que dejan más espacio para acomodar al feto en crecimiento." ¹⁵⁷
f) Calambres en las piernas	"presión del útero sobre los vasos sanguíneos que deteriora la circulación a las piernas, y provoca tensión muscular y fatiga." ¹⁵⁸
g) Descarga vaginal	"Por la acción de las hormonas en especial de los estrógenos, existe un aumento de descamación de células de las paredes cervicales y vaginales, originando unas cantidades aumentadas de moco vaginal o leucorrea." ¹⁵⁹
h) Estreñimiento	"causa: hay disminución del peristaltismo intestinal por la presión que ejerce el útero grávido y por efecto de la progesterona." ¹⁶⁰

¹⁵³ Elizabeth Jean, op. cit., p. 177

¹⁵⁴ Arlene Burroghs, op. cit., p.89

¹⁵⁵ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 1117

¹⁵⁶ Id.

¹⁵⁷ Sharon Reeder, op. cit., p. 299

¹⁵⁸ Arlene Burroghs, op. cit., p.88

¹⁵⁹ Elizabeth Jean, op. cit., p. 185

¹⁶⁰ Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 1117

i) Dolor en el ligamento redondo	"Los ligamento abdominales se estiran a medida que crece el útero." ¹⁶¹
j) Edema maleolar y de la pierna	"causa: el útero grávido ejerce presión que impide la circulación venosa y linfática." ¹⁶²

4. Indicar cuales son las señales de alarma (hemorragia vaginal, dolor abdominal, edema de cara, manos y pies; cefalalgia intensa, perturbaciones visuales y rotura de membranas) para llamar a la enfermera o acudir al hospital.
5. Comentar cual es el desarrollo y crecimiento fetal en el séptimo mes del embarazo.
 - Fundamentación: "Al final de 30 semanas de crecimiento, el feto mide 280 mm y pesa 1 700 g. Los ojos están abiertos, hay abundante pelo en la cabeza, empieza a desaparecer el lanugo; la piel está levemente arrugada, los dedos de los pies tienen uñas; los testículos que están en el conducto inguinal, empiezan a descender hacia la bolsa escrotal y gran parte del epitelio alveolar está cubierto con agente tensoactivo." ¹⁶³
6. Preguntar si están haciendo los preparativos para la llegada del bebé e indicar compren lo básico (ropa de algodón, pañales, tina de baño, cobijas, porta bebé, jabón neutro).
7. Hacer ejercicios físicos de bajo impacto por un periodo de 10 – 15 minutos.
 - Fundamentación: "El ejercicio durante el embarazo suele ser benéfico. Sin embargo, el grado de ejercicio depende de cada persona, de su estado general y del avance del embarazo." ¹⁶⁴
8. Hacer los ejercicios de respiración de limpieza con la participación de la familia.
 - Fundamentación: "Es la que efectúa la mujer al comenzar y al terminar cada contracción del trabajo de parto. Esta respiración es como un suspiro."

165

¹⁶¹ Arlene Burroghs, op. cit., p.88

¹⁶² Lillian Sholtis Brunner, op. cit., p. 1117

¹⁶³ Ibid., p. 1120

¹⁶⁴ Sharon Reeder, op. cit., p. 424

¹⁶⁵ Ibid., p.348

9. Iniciar la relajación progresiva con la participación de la pareja y la familia.
- Fundamentación: "la relajación se logra cuando la mente y el cuerpo trabajan en forma simultánea, lo cual requiere conciencia, concentración y práctica."¹⁶⁶

EVALUACIÓN

La familia completa participó en esta visita todos hicieron las respiraciones e intentaron hacer la relajación; esto le cuesta un poco de trabajo a Gloria porque los ruidos no la dejan concentrarse. Fany fue muy participativa en los diez minutos de ejercicios que hicimos; Gloria dijo que no eran pesados que ella se imaginaba que se cansaría y que serían de más tiempo. El señor Daniel dijo que para que les enseñaba a respirar y relajarse si en el Hospital ella estaría sola y todo se le olvidaría; que no tenía ningún caso desde su punto de vista. Aquí se les recordó que la técnica la pueden hacer durante el trabajo de parto en casa y en ese momento la pueden ayudar a recordar y debe animarla para que cuando este en el hospital recuerde que ellos están con ella y confían en es capaz de hacerlo. Ante esto Gloria dijo que ha ella si le interesaba porque era ella quien estaría sintiendo los cambios en su cuerpo y no él; razón por la que quiere seguir con esto y porque su parto anterior no fue agradable y quiere que este si lo sea.

¹⁶⁶ Ibid., p. 343

5.5. RESUMEN DE LA QUINTA VISITA

Fecha: 21 de Julio de 2000

NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

- a) Datos subjetivos: Gloria refiere que desde el día 13 de julio esta de incapacidad y ha aprovechado para ir de compras y dice que ya compro la carreola, tina de baño, camisetas de algodón y ropita de color porque no sabe si es niña o niño. Las molestias que ha tenido son que no puede dormir porque no se acomoda. Además siente miedo del parto porque en el anterior le dolió cuando le cortaron y cosieron, le dijo al médico pero no le hizo caso. Dice que si ha hecho los ejercicios; la relajación la práctica muy poco con su hija y su esposo se encarga de guiarlas. Le realizaron un ultrasonido el día 30 de junio (anexo 7)
- b) Datos objetivos: Signos vitales: T/A = 100/70, R = 22 X min., P = 74 X min., T = 36°C. Se trata de la quinta visita de control prenatal de un embarazo de 36 SDG X FUM en donde se encuentra a Gloria tranquila, descansando en un sofá. Se pide que se levante para pesarla, su peso fue de 59 K 400 g y se observó que la postura es más recta y ya no tan encorvada como las visitas pasadas. En la exploración se encuentra piel tibia, suave y elástica. Vías aéreas permeables y limpias; mucosas orales hidratadas; cuello sin alteraciones; cardiopulmonar sin compromiso, llenado capilar de 2 segundos. Abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 31 cm con producto único vivo, que tiene el dorso a la derecha, situación longitudinal, presentación cefálica, abocado, frecuencia cardiaca fetal de 150 por minuto, varefe (+). Por último reflejos tendinosos presentes; resto de la exploración sin alteración.

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN CADA CONSULTA DURANTE LA
EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO (PREVIGen III)**

	VALORACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
16	Infección urinaria		Controlada	

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE AUTOCUIDADO

NECESIDAD	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
5. Actividad y reposo	D	No puede dormir porque no se acomoda	
B. Según las etapas del desarrollo	D	Temor al parto	

JERARQUIZACIÓN

1. Actividad y reposo
2. Necesidades de autocuidado según las etapas del desarrollo

APLICACIÓN DEL PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA QUINTA VISITA

Fecha: 21 de Julio de 2000

1 DIAGNÓSTICO

“Dificultad para dormir por deficiencia de conocimientos acerca de la colocación de almohadas para aumentar la relajación y la comodidad.”¹⁶⁷

PLANEACIÓN

- Gloria dormirá cómoda el resto del embarazo con la ayuda de almohadas

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa.
1. Pedir prestadas almohadas a la embarazada y mostrarle como puede usarlas.
 - a) Recostarse de lado colocando las almohadas de la siguiente manera: una en la cabeza, otra debajo del abdomen y una más entre las piernas.
 - b) Colocar almohadas debajo de la cabeza para quedar en posición semifowler y otras debajo de las rodillas.
 - Fundamentación: “Las posiciones cómodas son aquellas en las cuales el cuerpo se encuentra bien alineado y ninguna parte del mismo descansa sobre otra.”¹⁶⁸
 2. Solicitar a la gestante se coloque las almohadas como se le mostró e indique con cuál se sintió cómoda.

EVALUACIÓN

La embarazada dijo sentirse cómoda con la primera posición y consideró que la utilizaría para dormir y diría en la próxima visita como se sintió.

¹⁶⁷ Sharon Reeder, op. cit., p. 334

¹⁶⁸ Ibid., p. 336

2. DIAGNÓSTICO

“Déficit de conocimientos sobre el tercer trimestre del embarazo.”¹⁶⁹

PLANEACIÓN

- Gloria y su familia recordarán las medidas de autocuidado para el tercer trimestre, así como las señales de alarma.
- La embarazada llevará a cabo las medidas de autocuidado, las técnicas de respiración, relajación y ejercicios con la ayuda de sus familiares.

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
1. Pedir que mencionen cuales son y como se previenen las molestias más comunes de este trimestre.
 2. Instar a la embarazada y familiares para que digan cuales son las señales de alarma y que deben hacer si se presentan.
 3. Comentar cual es el crecimiento y desarrollo fetal de este mes.
 - Fundamentación: “El feto tiene de 28 a 30 cm de longitud y pesa 1.8 Kg.; es viable, los párpado se abren, las huellas digitales se forman y se producen movimientos más vigorosos.”¹⁷⁰
 4. Hacer la rutina de ejercicios del suelo pélvico.
 - Fundamentación: “Se trata de una hamaca de músculos que sujeta intestino, vejiga y útero. Durante el embarazo, los músculos se ablandan y distienden, ello sumado al peso del bebé los debilita y genera incomodidad como que se escape la orina al correr, estornudar, toser o reírse.”¹⁷¹

¹⁶⁹ Virginia Aukamp, op. cit., p. 41

¹⁷⁰ Sharon Reeder, op. cit., p. 158

¹⁷¹ Elizabeth Fenwick, Guía de cuidados de la madre y el niño, Ed. Interamericana McGraw-Hill, España, 1990, p. 45

5. Báscula pélvica principalmente.
 - Fundamentación: "Facilita la movilización de la pelvis, y es una buena preparación para el parto. Además fortalece los músculos abdominales y aumenta la flexibilidad de la espalda." ¹⁷²
6. Llevar a cabo los ejercicios de respiración de limpieza e iniciar la práctica de la respiración lenta y profunda.
 - Fundamentación: "Debe efectuarse a una velocidad que resulte cómoda para cada persona ya que aporta suficiente oxígeno para el trabajo de parto y ayuda a la relajación pero no debe ser inferior a la mitad de la frecuencia normal de la mujer." ¹⁷³
7. Practicar los ejercicios de relajación progresiva.
 - Fundamentación: Genera conciencia en la embarazada para que se concentre en la relajación y tensión de cada músculo
8. Mencionar las etapas y fases del trabajo de parto.
 - Fundamentación: "A principios del tercer trimestre la paciente debe saber qué hacer cuando se inicia el trabajo de parto y qué situaciones requieren una visita al hospital para evaluación." ¹⁷⁴
9. Indicar a la embarazada, su pareja y familiares que debe hacer cada uno en cada fase y etapa del trabajo de parto.
 - Fundamentación: Ayuda a que la mujer afronte el trabajo de parto con la ayuda de su pareja o familia al reconocer los procesos fisiológicos y psicológicos del trabajo de parto y parto.

¹⁷² Id.

¹⁷³ Sharon Reeder, op. cit., p. 348

¹⁷⁴ Ibid., p. 481

EVALUACIÓN

En esta visita participaron Gloria, Fany y la señora Rosa porque el señor Daniel estaba trabajando. Se encontró que ya identifican las señales de alarma y algunas de las molestias más comunes; así como las medidas de autocuidado que debe llevar a cabo Gloria.

La embarazada dijo que le cuesta trabajo hacer la respiración lenta y profunda porque siente que tiene que respirar más rápido; respecto a esto se le mencionó que ella debe encontrar su propio ritmo y que conforme lo practique será más fácil.

5.6. RESUMEN DE LA SEXTA VISITA

Fecha: 07 de Agosto de 2000

NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

- a) Datos subjetivos: Gloria refiere que se siente bien y que ya quiere conocer a su bebé; en algunas ocasiones al dormirse siente que le cuesta trabajo respirar pero se coloca las almohadas como se le dijo y descansa. Percibe los movimientos de su bebé y ve cuando pasa su manita o cuando se estira momento en que le duele pero se le pasa porque es rápido el movimiento y se da un ligero masaje; también se mueve cuando le hablan o acarician su panza, más cuando es su papá y su hermanita. Sus pies se le hinchan un poco por las noches y mientras descansa los sube en almohadas y al otro día esta normal. Continúa haciendo los ejercicios de respiración y relajación con su hija. Considera que necesita información sobre la lactancia porque aunque amamantó a su hija no recuerda como hacerlo y se siente insegura para amamantar a este bebé aunque aclara que desea dar el seno materno. Recuerda muy poco cuales son los cuidados que debe darle al recién nacido.
- b) Datos objetivos: Signos vitales: T/A = 100/70 P = 82 R = 18 y T = 36°C. Su peso actual es de 60 K 300 g. Se trata de la sexta visita intradomiciliaria prenatal de Gloria quien está cursando con embarazo de 38 SDG X FUM. En la exploración física se encuentra que las mamas son firmes y aumentadas de tamaño con red venosa de Haller y areola secundaria; abdomen con FU de 32 cm con cicatriz umbilical sobresaliente; producto único vivo que se mueve durante la exploración y se encuentra en situación longitudinal, presentación cefálica, posición dorso a la derecha y FCF de 145 X min. Resto de la exploración sin problemas.

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO (PREVIGen III)

Riesgo bajo

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE AUTOCUIDADO

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
2. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo.	D	Se siente insegura para amamantar a este bebé.	Muestra interés por aprender sobre la lactancia materna.
2. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal	D	No recuerda bien cuales son los cuidados que deben darse al recién nacido.	

JERARQUIZACIÓN

1. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal por inseguridad para amamantar
2. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal por desconocimiento de los cuidados al recién nacido.

APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA SEXTA VISITA

Fecha: 07 de Agosto de 2000

1. DIAGNÓSTICO

Déficit de conocimientos relacionado a la lactancia materna manifestado por inseguridad para amamantar.

PLANEACIÓN

- Se dará información sobre la lactancia materna a la señora Gloria el día de hoy.

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
1. Mencionar que es la lactancia materna, sus ventajas y desventajas.
 - Fundamentación: El obtener esta información ayuda a la madre a tomar la decisión de amamantar o dar biberón.
 2. Mostrar con la ayuda de un muñeco las posiciones para amamantar.
 - Fundamentación: "Las mejores para cualquier madre e hijo dependen de diversos factores, que incluyen la forma y tamaño del seno, tamaño del niño y estado de la madre."¹⁷⁵
 3. Informar sobre el tiempo de cada tetada.
 4. Citar como se lleva a cabo la recolección y el almacenamiento de la leche materna.
 5. Señalar los cuidados que se deben dar a los senos y los pezones con el fin de evitar que se agrieten.
 6. Indicar el tipo de alimentación que la madre debe tener durante la lactancia.

¹⁷⁵ Sharon Reeder, op. cit., p. 759

EVALUACIÓN

La embarazada fue informada sobre el tema de alimentación al seno materno y dijo que ya recordaba como amamantó a su hija.

2. DIAGNÓSTICO

Déficit de conocimientos en relación a los cuidados del recién nacido.

PLANEACIÓN

- La embarazada y su familia recibirán información sobre los cuidados del recién nacido el día de hoy.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Invitar a todos los miembros de la familia participen en los cuidados al recién nacido.
2. Mostrar con la ayuda de un muñeco la forma en como se debe cargar al niño para evitar se nos caiga.
3. Enseñar como bañar al bebé en la tina con la ayuda de un muñeco y una tina.
4. Instruir como se debe secar, vestir y envolver al niño.
5. Informar sobre los cuidados del muñón umbilical
6. Recomendar cambios de posición del bebé
7. Informarles que es importante pongan atención al llanto del bebé para identificar su necesidad.
8. Enseñar formas de estimular al bebé como hacer ejercicios conforme a su edad, acariciarlo, escuchar música, etc.
9. Alimentar al seno materno hasta los seis meses de vida y posteriormente iniciar la ablactación.

EVALUACIÓN

Después de hacer la demostración la enfermera le pidió a Gloria hiciera lo mismo con el muñeco; lo hizo bien aunque dijo que no se sentía segura para bañarlo porque era fácil hacerlo con el muñeco pero con el bebé que tal si sus dedos no podían teparle los oídos y si se le resbalaba que hacia; su mamá le dijo que si ya lo había hecho con Fany como no lo haría con este bebé. Además dijeron que entre todos atenderían al bebé que lo único que no podrían hacer es amamantarlo, pero si se le daba formula si lo harían.

5.7. RESUMEN DE LA SÉPTIMA VISITA

Fecha: 14 de Agosto de 2000

NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

- A. Datos subjetivos: Gloria se siente gorda pero sabe que es por el embarazo; considera que su bebé puede nacer en cualquier momento por lo que ya hizo una maleta para ella y otra para el bebé para que cuando la den de alta en el hospital se la lleven. Esta emocionada porque ya va a conocer a su bebé y dice que lo quiere abrazar y besar. Con la ayuda de su mamá arreglo su cuarto para que cuando llegue su bebé este bonito, limpio y calentito. Ha tenido contracciones esporádicas que son un poco fuertes pero no al grado de no dejarla hacer sus actividades. Siente que el bebé está bien. El método de planificación familiar que quiere utilizar es el DIU porque dice que las pastillas e inyecciones le alteran los nervios y le duele la cabeza; además desconoce el resto de los métodos anticonceptivos.
- B. Datos objetivos: Signos vitales T/A 100/70, P 84 x min., R 18 X min., T 36.5°C. Se trata de la séptima visita intradomiciliaria que se le hace a Gloria quien se encuentra con embarazo de 39SDG X FUM con altura del fondo uterino de 32 cm y con PUV, que se encuentra en posición longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, FCF 145 X min, varefe (+), se perciben movimientos fetales y un golpe fuerte por parte del producto. Resto sin alteraciones.

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO Riesgo bajo

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

REQUISITO	EVALUACIÓN	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
2. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal	D	Desconoce la mayoría de los métodos anticonceptivos	Elección del DIU porque desconoce el resto de los métodos

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA DE LA SEPTIMA VISITA

Fecha: 14 de Agosto de 2000

1 DIAGNÓSTICO

“Deficiencia de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.”¹⁷⁶

PLANEACIÓN

- La enfermera proporcionará información sobre la planificación familiar a la pareja el día de hoy.
- La pareja elegirá un método anticonceptivo de acuerdo a sus necesidades.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Mencionar que es la planificación familiar a la pareja.

- Fundamentación: “Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.”¹⁷⁷

2. Citar el periodo intergenésico recomendable entre un embarazo y otro.

- Fundamentación: “La pareja puede comenzar a considerar la necesidad de que transcurra cierto tiempo entre uno y otro hijo; o tal vez decida evitar embarazos futuros, o tal vez decida evitar embarazos futuros.”¹⁷⁸

3. Indicar la clasificación de los métodos anticonceptivos (temporales y permanentes) disponibles para hombres y mujeres.

- Fundamentación: “La planificación familiar por lo general favorece la participación del varón, y da la oportunidad de que él comparta la responsabilidad.”¹⁷⁹

¹⁷⁶ Sharon Reeder, op. cit., p. 194

¹⁷⁷ Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar, Ed. Secretaria de salud, México, 1994, p. 14

¹⁷⁸ Sharon Reeder, op. cit., p. 188

¹⁷⁹ Id.

4. Señalar las ventajas, desventajas, efectividad y duración de cada método; haciendo énfasis en los que se pueden utilizar durante el amamantamiento.
 - Fundamentación: "Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad."¹⁸⁰
5. Asegurarse de que la información ha sido clara y permitir que la pareja pregunte sobre el tema a fin de aclarar sus dudas.
 - Fundamentación: "La consejería debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos... con el fin de esclarecer dudas. En caso necesario, será un apoyo para la decisión de cambio de método."¹⁸¹
6. Permitir que la pareja comente el o los método(s) de su preferencia entre ellos.
 - "La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial."¹⁸²

EVALUACIÓN

La pareja recibió la información sobre los métodos anticonceptivos y decidieron que Gloria sería quien usaría el DIU porque ya lo conoce y no le ha causado ningún problema y porque en el hospital no le preguntaron la vez pasada que método quería; simplemente le pusieron el DIU y le informaron de ello antes de pasarla a la sala de recuperación. Respecto a esto se les informó que ella tiene el derecho de decidir el método y que debe hacérselo saber al médico que la atiende. Después dijo que le llamo la atención los implantes Norplant y que lo bueno es que también lo puede usar si está amamantando; pero por el momento sigue pensando que lo mejor es el DIU.

¹⁸⁰ Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar. op. cit., p. 21

¹⁸¹ Ibid., p. 23

¹⁸² Ibid., p. 21

5.8 RESUMEN DE LA OCTAVA VISITA

Fecha: 20 de Agosto de 2000

NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

A. Datos subjetivos: La señora Gloria refiere que ayer en la noche sintió que su abdomen se aligeraba y que el bebé entraba en su pelvis y sintió que las contracciones eran más fuertes pero irregulares y se fue a dormir. El día de hoy se despertó porque las contracciones eran fuertes y sintió como si fuera a menstruar y cuando fue al baño vio que en su pantaleta tenía sangre y le pidió a su esposo me llamará para ver si se tenía que ir al hospital o que hacia; además de que quería que estuviera con ellos si se trataba del trabajo de parto porque le daría más tranquilidad.

En este momento considera que las contracciones son tolerables y pide se le ayude para que logre su objetivo que es estar el menor tiempo posible en el hospital porque sabe que la tendrán acostada y no tolera estar así en estos momentos; prefiere caminar o estar parada meciéndose, hacer las respiraciones y que le ayudemos a relajarse.

Cuando tenía 3cm de dilatación mencionó que el dolor era más fuerte y se desesperó; en ese momento me dijo que quería irse al hospital porque le daba pena que la viéramos así que nada más estaba preocupando a su familia y que si no podía relajarse como lo habías practicado le iba a dar más pena con migo. Después de hablar con ella y decirle que el trabajo de parto era una etapa en la que la familia podía participar y que no se preocupara por nosotros que mejor se ocupara de ella para que manejar su trabajo de parto que hasta el momento lo estaba haciendo bien y que viera que su familia no le reprochaba nada que al contrario intentaban ayudarla recordándole como respirar, relajarse, dándole masaje en la espalda y no dejándola sola; ella decidió continuar en su casa hasta que aguantara o hasta que se le indicará.

En un momento el señor Daniel se veía preocupado y se retiró; luego regreso y me dijo que sentía que estorbaba que Gloria lo rechazaba porque no quería que la tocara y no sabía que hacer, si consideraba que era mejor que esperara en un cuarto o afuera de la casa hasta que se tuvieran que ir al hospital; lo que se le dijo que hablara con Gloria y le preguntará si le permitía participar con ella tomándole la mano, platicándole o haciendo lo que ella necesitará de él en esos momentos; lo hizo y Gloria nos dijo que no quería que la tocáramos durante la contracción que prefería le recordáramos respirar y relajarse y darle una mano para apretarla y abrazarla para que balseará. Fany su hija en todo momento le decía mami respira así como yo si te duele y toma mi mano ya falta poquito para que llegue mi hermanito.

B. Datos objetivos: Paciente que se encuentra en la fase latente del trabajo de parto de un embarazo de termino de 39.6 SDG X FUM con los siguientes signos vitales T/A 100/60, P 74 X min, R 22 X min, T 36°C; el peso actual es de 60 K 600 g. En la exploración física se encuentra con FU de 31 cm con PUV, cefálico, encajado, DD, longitudinal, FCF 140 X min, varefe (+); al tacto cérvix central reblandecido con 1 – 2 cm de dilatación; resto de la exploración dentro de lo normal.

Gloria desayuno a las 10 am un poco de huevos con jamón y jugo de uva; comió a las 3 pm un plato de caldo de pollo y un poco de agua de sandía. Durante la visita fue al baño cinco veces y en la última que fue antes de irse al hospital evacuó. Gloria se fue al hospital cuando tenía 5 cm de dilatación.

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO (PREVIGen IV)

No.	EVALUACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
01	Riesgo en el embarazo		X	

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO
DE PARTO (PREVIGen V)**

No	EVALUACIÓN	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
01	Riesgo de previgen IV		X	

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

A. AUTOCUIDADO UNIVERSAL	EVALUACIÓN	SUBJETIVO	OBJETIVO
5. Actividad y reposo	D	Dolor por la actividad uterina	3 contracciones en 10 minutos, 40 – 60 seg. Tono ++, +++.

**APLICACIÓN DEL PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA OCTAVA
VISITA**

Fecha: 20 de Agosto de 2000

1 DIAGNÓSTICO

“Alteración de la comodidad por dolor en relación con las contracciones.”¹⁸³

PLANEACIÓN

- Disminuir el dolor de la embarazada por medio de la respiración, relajación, masaje y posiciones durante su estancia en el hogar.
- La familia participará en las actividades de relajación, masaje y cambios de posición de Gloria durante su trabajo de parto en casa.
- La enfermera orientara a Gloria y su familia en cada una de las actividades.

¹⁸³ Sharon Reeder, op. cit., p. 535

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
 - ❖ Sistema de enfermería parcialmente compensador
1. Valorar los signos vitales maternos, actividad uterina, FCF, dilatación y borramiento cervical cada hora y registrarlos en el partograma. (anexo 14)
 2. Mantener informada a la embarazada y su familia de la evolución del trabajo de parto.
 3. Recordarle hacer la respiración de limpieza; lenta y profunda en cada contracción.
 4. Dar masaje en la espalda a la embarazada y enseñar a los familiares hacerlo para posteriormente irse rotando en la actividad.
 5. Recomendar los cambios de posición y apoyarla en caso de que lo requiera.
 6. Aconsejarle que vea la televisión o escuche música.
 7. Pedir a su esposo y familiares que permanezcan con ella y la apoyen durante el trabajo de parto en casa.
 8. Sugerir se meta a bañar cada que sea necesario.

EVALUACIÓN

Gloria pudo tolerar el dolor de las contracciones por medio de la respiración que llevó a cabo a su propio ritmo cabe mencionar que su hija de 3 años hacía las respiraciones con ella; se baño dos veces; se le proporciono masaje turnándonos el señor Daniel, la señora Rosa y yo; escucho la música de su preferencia y vio una película de la televisión; las posiciones que eligió fueron parada apoyándose en cada uno de nosotros y en un sillón, en algunos momentos balseábamos porque así no los pedía; se sentó por muy poco tiempo, no toleraba estar acostada y prefería caminar. Gloria se fue al hospital cuando tenía 5 cm de dilatación.

5.9 RESUMEN DE LA NOVENA VISITA

Fecha: 21 de agosto de 2000

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO

- A. Datos subjetivos: Se siente cansada y con dolor en la episiotomía; pero esta feliz porque ya tiene a su bebé y porque le fue muy bien en el hospital. Cuanta que cuando llegó al hospital tenía 6 – 7 cm de dilatación cuando la revisaron en urgencias y cuando la pasaron a la sala de labor estuvo allí aproximadamente 2 horas durante ese tiempo siguió haciendo las respiraciones y se imaginaba que estábamos con ella y cuando pujo y sintió que su bebé ya nacería pensó que era yo quien recibía al bebé eso la tranquilizo y se emocionó al escuchar el llanto de la bebe y pregunto que era y dijeron que una niña que nació a las 18:40, peso 2, 750 g., midió 49 cm y su Apgar fue de 8/9. Luego se llevaron a su bebé y a ella la suturaron para luego juntarla con su hija y le dijeron que le diera el pecho. El día de hoy la dieron de alta a medio día y su familia fue por ella. Su sangrado es menos que una menstruación, sin coágulos, ni mal olor. Considera que esta bien no a tenido ningún problema, siente que todo esta bien.
- B. Datos objetivos: Paciente que cursa con el primer día de puerperio mediato que se encuentra deambulando y contenta; se encuentra con ligera palidez de tegumentos, piel tibia, turgente y elástica; mucosas orales hidratadas; mamas firmes y aumentadas con salida de calostro; involución uterina un dedo por debajo de la cicatriz umbilical; loquios rojos de moderada cantidad; episiotomía media lateral limpia y sin datos de infección.

Durante la visita se valoro la lactancia materna porque la bebé se despertó llorando y Gloria dijo que era por hambre porque ya le tocaba comer. Durante el amamantamiento Gloria refirió sentir dolor y no estar bien acomodada. También se hizo la valoración al neonato (apéndice 8)

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EL PUERPERIO (PREVIGen VIII)

01 Riesgo en el parto Previgen V medio

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

A. AUTOCUIDADO UNIVERSAL

5. Actividad y reposo

- a) Datos subjetivos: Dolor por episiotomía
- b) Datos objetivos: Episiotomía media lateral limpia.

B. SEGÚN LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

3. Prevención de condiciones que favorecen o impiden el desarrollo

- a) Datos subjetivos: Dolor durante el amamantamiento
- b) Datos objetivos: El bebé no cubre la areola por completo con su boca.

JERARQUIZACIÓN

1. Prevención de condiciones que favorecen o impiden el desarrollo
2. Actividad y reposo.

APLICACIÓN DEL PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA NOVENA VISITA

Fecha: 20 de agosto de 2000

1 DIAGNÓSTICO

“LACTANCIA AL SENO MATERNO INEFICAZ relacionado con deficiencia de conocimientos manifestado por proceso de amamantamiento insatisfactorio.”¹⁸⁴

PLANEACIÓN

- Gloria llevará a cabo la lactancia materna de manera eficaz y sin dolor con la supervisión de la enfermera.

¹⁸⁴ Barbara J. Taptich, op. cit., p. 126

EJECUCIÓN

- ❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa
1. Ayudar a Gloria para que amamante a la bebé de una manera adecuada:
 - a) Colocar a la embarazada en una posición cómoda que le permita amamantar sin cansarse.
 - b) Ponerle a la bebé en sus brazos en la posición de su preferencia
 - c) Verificar que la bebé tome correctamente el pezón en su boca cubriendo la areola para evitar el dolor
 - d) Pedir coloque su dedo meñique entre la boca del bebé y el pezón para retirarlo.
 - e) Lubrique sus pezones con una gotita de leche al terminar de amamantar.
 - f) Mostrar como debe colocarse y sacarle el aire al bebé.
 2. Repasar con la señora los cuidados que debe dar a los senos para evitar el dolor, la congestión y las grietas.
 3. Favorecer el amamantamiento cada 2 ó 3 horas por un periodo de 15 minutos en cada seno; recordándole que mientras más se pegue al bebé y este succione favorecerá la producción de leche, esta puede tardar hasta 4 días.

EVALUACIÓN

Gloria mencionó que ahora sí entendió como debe amamantar a su bebé porque en el hospital le decían que le diera de comer a la bebé pero no le explicaron bien; ya no sintió dolor y se sintió cómoda en el sillón con los cojines en su espalda, debajo de su brazo y en sus piernas; la posición que uso fue la de cuna, le sacamos el aire a la bebé y la siguió cargando en sus brazos.

2. DIAGNÓSTICO

"Alteración de la integridad cutánea: episiotomía." ¹⁸⁵

¹⁸⁵ Sharon Reeder, op. cit., p. 648

PLANEACIÓN

- Gloria reducirá el dolor por la episiotomía por medio de la dieta y los cuidados del perineo.

EJECUCIÓN

❖ Sistema de enfermería de asistencia educativa

1. Recomendar a la señora se lave el perineo con agua tibia después de cada micción y evacuación
2. Aconsejar contraiga los glúteos antes de que se siente con el fin de reducir las molestias.
3. Sugerir el uso de una dona hecha con algodón y una venda para que la coloque en el lugar en donde se va a sentar para reducir la molestia.
4. Invitar a que consuma fibra y más de tres litros de agua para ayudar ablandar las heces fecales.

EVALUACIÓN

La enfermera elaboró una dona con algodón y una venda para que la usara la embarazada cuando se sentara; Gloria la uso y dijo que no le molestaba estar sentada; dijo que se le hacia lógico que lavarse con el agua no le doliera porque con el papel le duele mucho; lo hará ahora que vaya al baño y si le funciona lo seguirá haciendo.

6. PLAN DE ALTA

1. AIRE: Acudir al médico si presenta fiebre de 38°C.
2. LÍQUIDOS: Incrementar La ingesta e líquidos a 3 – 4 litros al día durante el periodo del amamantamiento.
3. Alimentos: Aumentar 500 Kcal por día durante la lactancia materna; evitar el consumo de café y tabaco. Incrementar el consumo de fibra en la dieta.
4. Eliminación: Asear la región perineal con agua tibia, mantener limpia la episiotomía, si el sangrado vaginal aumenta en cantidad a la que está presentando acudir al médico, si existe ardor al orinar acudir con su médico.
5. Actividad y reposo: Procurar dormir o descansar cuando la bebé lo hace; de no ser posible pedir a la familia le ayude a cuidar a la bebé para que ella duerma y hablarle para que ella lo amamante. Al momento de amamantar colocarse en una posición cómoda como se le indico con anterioridad. Utilizar la dona para sentarse, tomar baños de asiento, evitar usar prendas ajustadas como pantalones, continuar usando pantaletas de algodón. Acudir con su médico en canso de sentir dolor intenso en las pantorrillas. Continuar haciendo los ejercicios de Kegel. Iniciar gradualmente sus actividades cotidianas, iniciar ejercicio físico en una semana.
6. Soledad e interacción social: Inicie relaciones coitales después de cumplir los 40 días del posparto. Informar en caso de que el DIU sea expulsado del cuerpo o si genera molestias. Recordarle que el sangrado que tiene no es una menstruación y que puede quedar embarazada.
7. Riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar humanos: Utilice una faja o pantaleta ajustable, sostén de lactancia o top de algodón.
8. Normalidad: Evitar que los senos se congestionen por medio de la extracción manual, lavar los senos con jabón neutro, lubricarlos con una gota de leche después de amamantar. Acudir al médico en caso de que tenga enrojecimiento y endurecimiento de los senos acompañado de malestar y fiebre. En una semana acudir a su clínica para que le retiren los puntos de la episiotomía y

valoren involución uterina; Lleve a su bebé a la consulta de crecimiento y desarrollo para ser valorada en la fecha indicada.

9. Necesidades del desarrollo según las etapas del desarrollo: Lleve a cabo una paternidad responsable junto con su pareja para que proporcionen los cuidados al recién nacido como son la lactancia, baño, higiene y protección de la piel, cambio de ropa y pañal, cobijarla, cambios de postura, masajes, ejercicios de estimulación, caricias, permitir la participación de Fany en los cuidados del bebé.
10. Necesidades de autocuidado ante una desviación de la salud: Tomar 1 tableta de materna al día por 30 días. Evitar el uso de medicamentos no preescritos por el médico tratante.

7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los problemas detectados durante la atención intradomiciliaria fueron resueltos con las medidas de autocuidado y terapéuticas específicas para cada necesidad. La primer infección en erradicarse fue la candidiasis por medio de la aplicación de óvulos de nistatina y cuidados específicos para prevenir y disminuir la infección como mantener una higiene adecuada, aseo perineal de adelante hacia atrás, abstenerse de relaciones coitales durante el tratamiento, etc. La infección de las vías urinarias fue controlada a partir de la cuarta visita en donde la mujer manifestó no tener ninguna molestia para la micción y la refirió como normal y en las tiras reactivas no se detecto ningún problema; está infección fue tratada con ampicilina durante aproximadamente un mes y las medidas de autocuidado fueron incrementar la ingesta de líquidos, el consumo de alimentos ricos en vitamina C, evitar la retención de orina por periodos prolongados, así como el consumo de irritantes para la vejiga; el problema de la dieta y el peso se manejo con la elaboración de ejemplos de planes dietéticos que cubrieran los requerimientos nutricios para el embarazo que sirvieron de apoyo para que la embarazada con la ayuda de su mamá planearan su alimentación el resto del embarazo. Como complemento de la atención se le proporciono información sobre las molestias más comunes en el embarazo y su prevención; temas de preparación para el parto, la atención al recién nacido y la lactancia materna.

El embarazo llegó a feliz término el día 20 de Agosto de 2000 con el nacimiento de una niña de término sana.

La señora Gloria y su familia dijeron estar satisfechos con la atención proporcionada y pidieron a la pasante fuera la madrina de bautizo del bebé. Por todo lo antes mencionado puedo decir que los objetivos se lograron al 100%.

La elaboración de este proceso de enfermería basado en la teoría de Orem no fue fácil. Para su realización fue necesario que se tomaran cursos del proceso de

enfermería para entenderlo mejor y llevarlo a cabo posteriormente con la teoría del autocuidado de Orem.

SUGERENCIAS:

Muchas personas ubican a la enfermera únicamente en el área hospitalaria atendiendo enfermos; pero la realidad es que el trabajo en enfermería es muy amplio y por medio del trabajo comunitario se puede ayudar a nuestra población a prevenir enfermedades que pueden causar incapacidad o muerte. Por ello es que hago una invitación a todos aquellos que como yo gustan del trabajo comunitario y de la atención a las embarazadas a hacerlo ya que es muy satisfactorio; a demás de que puede llevarse a cabo en el ámbito privado.

A los docentes de la ENEO se sugiere implementar un plan de trabajo comunitario con las embarazadas porque cuando hice mis prácticas no fue específicamente con las embarazadas si no con la comunidad en general; esto ayudaría a una mejor comprensión de las etapas del desarrollo en este proceso tan importante para nosotros.

Haciendo la comparación de la experiencia que se tuvo con las mujeres que acudían a sus citas de control prenatal y llegaban a la unidad tóco quirúrgica en la fase latente o activa del trabajo de parto, se puede decir que es muy favorable la atención intradomiciliaria porque la mujer está en un ambiente familiar; esto le genera seguridad y tranquilidad; además favorece la participación de la familia a cada momento; así como la relación enfermera – paciente.

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

A

- ❖ **Aminoaciduria.** Aumento de la eliminación urinaria de aminoácidos.
- ❖ **Amnionitis.** Inflamación del amnios.
- ❖ **Amnios.** La membrana más interna que envuelve al feto y contiene el líquido amniótico.
- ❖ **Antagonista.** Músculo que se relaja para permitir que el agonista lleve a cabo un movimiento. Cuando se aplica un fármaco se refiere al que bloquea, nulifica o invierte los efectos de otro.

C

- ❖ **Contracción:** Acortamiento intermitente de un músculo, en especial del útero durante el parto con el fin de expulsar el contenido.
- ❖ **Corioamnionitis.** Infección intrauterina que produce infiltración mononuclear y polimorfonuclear de las membranas fetales y del líquido amniótico.

D

- ❖ **Disuria.** Micción difícil o dolorosa.
- ❖ **Dispareunia.** Coito doloroso, que puede resultar de penetración, movimiento de fricción o presión profunda.
- ❖ **Displasia.** Anormalidad del desarrollo de células o de una parte
- ❖ **Displasia broncopulmonar.** Enfermedad crónica pulmonar del recién nacido de la cual se piensa que se relaciona con toxicidad del oxígeno. A menudo está precedida por síndrome de insuficiencia respiratoria grave y tratamiento con ambiente de oxígeno a concentraciones elevadas.
- ❖ **Disuria.** Micción difícil o dolorosa.

E

- ❖ **Endógeno.** Que se origina dentro del organismo.

F

- ❖ **Fibroplasia retrolental.** Enfermedad adquirida de un prematuro que resulta en lesión ocular como consecuencia de oxigenoterapia continua en concentraciones elevadas.
- ❖ **Fórnix.** Arco; cualquier superficie arqueada.

G

- ❖ Glucosuria. Presencia de glucosa en la orina.

H

- ❖ Hiperalgia. Sensibilidad excesiva al dolor.

L

- ❖ Loquios. Secreción proveniente de genitales durante la primera o segunda semanas posparto.
- ❖ Lumbargia. Dolor incapacitante en la parte baja de la espalda.

P

- ❖ Polihidramnios. Cantidad excesiva de líquido amniótico.
- ❖ Prurito. Comezón intensa, por lo general refiriéndose al área genital.

R

- ❖ Retroversión. Dirección hacia atrás de todo un órgano; en el caso de retroversión uterina, es la inclinación posterior de todo el útero con respecto al eje pélvico

S

- ❖ Signos de Chadwick. Color violáceo de la membrana mucosa de la vagina justo debajo del orificio uretral, que se observa después de la cuarta semana de gestación.
- ❖ Signo de Goodell.
Reblandecimiento del cérvix, signo probable de embarazo.
- ❖ Signo de Hegar. Reblandecimiento del segmento uterino inferior; signo de embarazo.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AU.	Altura del fondo uterino
DIU.	Dispositivo intrauterino
DD.	Dorso derecho
FCF.	Frecuencia cardiaca fetal
FU.	Fondo uterino
FUM.	Fecha de última menstruación
Ibid.	Mismo libro ó trabajo citado en la nota anterior
Id.	Mismo autor citado en la nota inmediata anterior
Kcal.	Kilocaloría
op. cit.,	Obra citada
P	Pulso
p.,pp.	Página, páginas
PUV	Producto único vivo
R.	Respiraciones
SDG.	Semanas de gestación
SOVPEE	Datos subjetivos, datos objetivos, valoración, planeación, ejecución y evaluación
T.	Temperatura
t.,ts.	Tomo, tomos
T/A.	Tensión arterial
VO	Vía oral
USG	Ultrasonografía

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Alfaro, Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería, Ed. Doyma, Barcelona, 1988, 182 pp.
- ❖ Aukamp, Virginia. Planes de cuidados en enfermería materno infantil, Ed. Doyma, Barcelona, 248 pp.
- ❖ Balseiro Almario, Carmen Lastenia, Investigación en enfermería, ed. Acuario, México, 1991, 225 pp.
- ❖ Benson Ralph, Pernoll, Manual de obstetricia y ginecología, Ed. Interamericana, 9ª ed., México, 1985, 744pp.
- ❖ Botero Uribe, Jaime. Obstetricia y ginecología, Ed. Texto integral, 6ª.ed., Antioquia, 2000, 670 pp.
- ❖ Burroughs, Arlene, Enfermería materno infantil, Ed. McGraw – Hill Interamericana, 9a. ed., Philadelphia, 2001, 426 pp.
- ❖ Calderón Jaimes, Ernesto, Infectología perinatal, Ed. Trillas, México, 1991, 374 pp.
- ❖ Cavanagh. J. Stephen, Modelos de Orem aplicación práctica, Ed. Masson – Salvat, Barcelona, 1993, 167 pp.
- ❖ Cazares Hernández, Laura, Técnicas actuales de investigación documental, Ed. Trillas, 2ªed., México, 1987, 190 pp.
- ❖ Dean. W. B., Conceptos básicos de anatomía y fisiología, Ed. Harla, 2ª.ed., México 1983, 415 pp.
- ❖ De Chávez Miriam, Guías de alimentación, Ed. INNSZ, México, 1993, 58 pp.
- ❖ Diccionario de especialidades farmacéuticas, Ed. PLM, 43ª ed., México, 1997, 2120 pp.
- ❖ Fenwick, Elizabeth, Guía de cuidados de la madre y el niño, Ed. Interamericana McGraw – Hill, España, 1990, 256 pp.
- ❖ Firner, Enfermería materno infantil, Ed. El manual moderno, México, 1984, 332 pp.
- ❖ Fiorelli Rodríguez, Sergio, Héctor Alfaro Rodríguez, Complicaciones médicas en el embarazo, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana, México, 1996, 406 pp.

- ❖ Gant, Norman y Gary Cunningham, Manual de ginecoobstetricia, Ed. El manual moderno, México, 1995, 608 pp.
- ❖ Gauntlett Beare, Patricia y Judith Myers, Enfermería principios y práctica, Ed. Panamericana, Madrid, 1993, 1707 pp.
- ❖ Jean, Dickasor, Elizabeth, Bonnie Lang Silverman et. al., Enfermería maternoinfantil, Ed. Harcourt Brace – Mosby, 3ª. Ed., España, 1999, 860 pp.
- ❖ Knor, Emily. Decisiones en enfermería obstétrica, Ed. Doyma, Barcelona, 1990, 280 pp.
- ❖ Kozier, Barbara, Glenora Erb et. al., Conceptos y temas en la práctica de la enfermería, Ed. Interamericana McGraw – Hill, México, 1995, 654 pp.
- ❖ La didáctica en la educación para la salud, Ed. UNAM – ENEO, México, 1986, 51 pp.
- ❖ Luckmann, Joan, Cuidados de Saunders de enfermería, Ed. McGraw – Hill Interamericana, México, 1997, 2005 pp.
- ❖ Martín. T. Susana. Normas de cuidados del paciente “ Guía de planificación de la práctica asistencial, Ed. Harcourt – Brace, 6ª ed., Madrid, 1997, 1147pp.
- ❖ Marriner Tomey Ann y Martha Raile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, Ed. Doymas, 3ªed., México, 1995, 530 pp.
- ❖ Mondragón Castro, Héctor. Gineco-obstetricia para enfermeras, Ed. Trillas, México, 1995, 510 pp.
- ❖ Nettina, Sandra. Enfermería práctica de Lippincott, Ed. McGraw – Hill Interamericana, 6ª.ed. México, 1999, 2 ts., 1504 pp.
- ❖ Nuñez Maciel, Eduardo, Judith Ablanado et. al., Ginecología y obstetricia. Ed. Mendez editores, 3ªed., México, 1995, 1029 pp.
- ❖ Nursing. Ginecología y obstetricia en enfermería, Ed. Doyma, Barcelona, España, 1986, 160 pp.
- ❖ Olds Sally y Marcia London, Enfermería maternoinfantil, Ed. McGraw – Hill, 4ª.ed., México, 1995, 1210 pp.
- ❖ Orem Dorothea Elizabeth, Modelos de Orem “ conceptos de enfermería en la práctica”, Ed. Masson – Salvat, Barcelona, 1993, 423 pp.

- ❖ Pernoll, Martín, Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétrico, Ed. El manual moderno, 6ª.ed., México, 1993, 1445 pp.
- ❖ Queenan. J.T., Atención del embarazo de alto riesgo. Ed.El manual modemo, México, 1985, 602 pp.
- ❖ Reeder, Sharon. J. Enfermería materno-infantil, Ed. Interamericana McGraw – Hill, 17ª.ed., México, 1995, 1421 pp.
- ❖ Roper, Nancy. Diccionario de enfermería, Ed. Interamericana McGraw – Hill, 16ª.ed., México, 1991,449 pp.
- ❖ Sever John, Manual de infecciones perinatales, Ed. Salvat, Barcelona, 1984, 194 pp.
- ❖ Shaver, David, Manual clínico de obstetricia, Ed. Interamericana McGraw – Hill, 2ª.ed. México, 1995, 959pp.
- ❖ Sholtis Brunner, Lillian y Doris Smith Suddarth. Manual de la enfermera. Ed. Interamericana McGraw–Hill, 4ª.ed. México, 1991, 6 ts., 1797pp.
- ❖ Taptich Barbara, Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados. Ed. Interamericana McGraw - Hill, México, 1992, 258pp.
- ❖ Taylor Magali, Farmacología, Ed. Harcourt – Brace, Madrid, 1999, 240 pp.
- ❖ Tortora Gerard. J., Principios de anatomía y fisiología, Ed. Harcourt - Brace, 7ª.ed., Madrid, 1996, 999 pp.
- ❖ Wesley R.L., Teorías y modelos de enfermería, Ed. McGraw – Hill Interamericana, 2ª ed., México, 1995, 179 pp.

DOCUMENTOS OFICIALES

- ❖ Norma Oficial Mexicana para la Atención durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Recién nacido, Ed. Secretaria de Salud, México, 1994, 52 pp.
- ❖ Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación familiar, Ed. Secretaria de Salud, México, 1994, 66 pp.
- ❖ Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología, Ed. INPer., México, 1998, 424 pp.

REVISTAS

- ❖ Cañizo de Garcia, María Elena, “sicoprofilaxis controla el dolor” CRECERfeliz, (México D. F.), núm., 5, año 4, mayo 1999, pp. 60 – 65
- ❖ INPer., “La alimentación de la embarazada” Cuadernos de nutrición, (México D. F.) volumen 13, número 2, 1990, pp. 39 – 43

SITIOS EN LA WEB

- ❖ “Lactancia” en línea internet 26/ 03/ 98 disponible en <http://emision.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>
- ❖ “Los ejercicios y el embarazo” en línea internet 24/03/98 disponible en <http://www.bordermall.net.mx/infomedic/embarzo.htm>
- ❖ “Un diario mensual del desarrollo de su bebé” en línea internet 24/03/98 disponible en http://noah.cuny.edu/sppregnancy/march_of-dimes/pre_preg.plan/milagro.html

ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXOS

Anexo 1 Historia Clínica de Enfermería

Anexo 2 Cédulas PREVI Gen

Anexo 3 Reporte médico

Anexo 4 Reporte médico

Anexo 5 Reporte del ultrasonido

Anexo 6 Reporte de laboratorios del 23 de mayo del 2000

Anexo 7 Reporte del ultrasonido del 30 de junio.

Anexo 8 Partograma

APÉNDICES

Apéndice 1. Autorización de seguimiento del embarazo

Apéndice 2. Plan dietético para 25 semanas de gestación

Apéndice 3. Tríptico de la cervicovaginitis

Apéndice 4. Tríptico de la infección de las vías urinarias

Apéndice 5. Tríptico de la amenaza de parto pretérmino

Apéndice 6. Plan dietético para 27 semanas de gestación

Apéndice 7. Valoración del neonato

Anexo 1 Historia Clínica de Enfermería

- I. Perfil del cliente
 - A. Características personales
 1. Nombre
 2. Edad
 3. Sexo
 4. Estado civil
 5. Ascendencia étnica
 6. Orientación religiosa
 7. Nivel educativo
 8. Idioma
 9. Historia laboral (tipo de trabajo, duración)
 10. Intereses, distracciones, actividades recreativas
 - B. Orientación actual de la salud
 1. ¿Qué considera que es estar sano?
 2. ¿Cuáles son sus objetivos en lo que respecta a la salud?
 - C. Características de la familia
 1. Familiares/ otros allegados (edad, relación con el cliente)
 2. Tipo de forma familiar
 3. Estructura familiar
 - a. Estructura de papeles
 - b. Sistema de valores
 - c. Modelo de comunicación
 - d. Estructura de poder
 4. Función de la familia
 - a. Función afectiva
 - b. Función de socialización y ubicación social
 - c. Función reproductiva
 - d. Función de adaptación familiar
 - e. Función económica

f. Cobertura de las necesidades físicas

D. Características ambientales

1. Entorno físico: hogar (características, peligros potenciales, adecuación del espacio, posibilidad de intimidad)
2. Entorno físico: vecindario y comunidad, incluyendo desplazamientos geográficos; presencia de riesgos ambientales
3. Asociaciones y transacciones de la familia con la comunidad; percepción y sentimientos con respecto a los vecinos y la comunidad; accesibilidad a los centros de cuidados de la salud y servicios sociales

II. Necesidades universales de autocuidado

A. Aire

1. Hábitos de salud
 - a. Higiene (aseo y arreglo personal, higiene femenina, prácticas culturales especiales)
 - b. Modelos de oxigenación (ayudas o dispositivos especiales)
2. Revisión por sistemas
 - a. Piel: erupción, prurito, costras, heridas, turgencia, protuberancias, tumores, masas, pigmentación, cambios de coloración cutánea
 - b. Pelo: alteraciones en la cantidad, textura y características, alopecia, uso de tintes
 - c. Uñas: cambios de aspecto, textura, repleción capilar
 - d. Mamas: dolor, alteraciones cutáneas, heridas, hoyuelos, secreciones por el pezón, mastectomía
 - e. Aparato respiratorio: nariz (dolor o traumatismo, olfacción, sensibilidad, epistaxis, secreciones); respiración entrecortada, disnea, tos crónica, producción de esputo, hemoptisis; antecedentes de asma, sibilancias o ruido al respirar
 - f. Sistema cardiovascular: palpitaciones, soplo cardíaco, venas varicosas; antecedentes de cardiopatía; hipertensión, dolor precordial, ortopnea

- g. Sistema vascular periférico: frialdad, entumecimiento, decoloración, edema periférico, claudicación intermitente.

B. Líquidos

1. Hábitos de salud
 - a. Modelo de ingesta de líquidos
 - b. Líquidos que le gustan / desagradan
 - c. Preferencias en cuanto a temperatura de los líquidos
2. Revisión por sistemas
 - a. Hidratación: deshidratación, sequedad excesiva, sudoración; olor, edemas, polidipsia
 - b. Líquidos parenterales (administración intravenosa de sangre, hiperalimentación)

C. Alimentos

1. Hábitos de salud
 - a. Registro dietético de 24 horas
 - b. Alimentos que le gustan/desagradan
 - c. Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas)
 - d. Preparación de la comida
 - e. Entorno durante las comidas
 - f. Presupuesto para alimentación
 - g. Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales, aporte de agua fluorada)
 - h. Modelos de ganancia /pérdida de peso
 - i. Problemas relacionados con la ingestión (ayudas o dispositivos especiales)
 - j. Medicamentos (prescritos o de venta libre) relacionados
2. Revisión por sistemas
 - a. Boca: dientes, encías, lengua, cavidad bucal, dificultad para masticar
 - b. Garganta: dolor, lesiones, disartria, disfagia, antecedentes de infecciones estreptocócicas

- c. Aparato digestivo: dolor, anorexia, náuseas/ vómitos, indigestión por acidez, antecedentes de úlcera, polifagia, relación actual talla/ peso

D. Eliminación

- 1. Hábitos de salud
 - a. Modelos diarios (vesical, intestinal)
 - b. Ayudas (líquidos, alimentos, fármacos, enemas)
- 2. Revisión por sistemas
 - a. Vejiga: poliuria, oliguria, disuria, nicturia, incontinencia, dificultad para iniciar o detener la micción, fuerza de la micción, goteo, dolor o quemazón al orinar, infección de las vías urinarias
 - b. Intestino: dolor, diarrea, estreñimiento (agudo o crónico), flatulencia, hemorroides, características de las heces (color, consistencia, cantidad)
 - c. Oberturas quirúrgicas: herida con drenaje, estomas
 - d. Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal (cantidad, color, consistencia)

E. Actividad y reposo

- 1. Hábitos de salud
 - a. Modelos de actividad: medios de deambulación (preocupación por la seguridad, ayudas); nivel de actividad (en casa, en el trabajo y en el tiempo libre); programa regular de ejercicio
 - b. Modelos de sueño/ descanso: ritmos circadianos; momento y duración del sueño; uso de ayudas (sedantes, alcohol, almohadas) o elementos externos (lectura, música)
- 2. Revisión por sistemas

F. Soledad e interacción social

- 1. Hábitos de salud
- 2. Revisión por sistemas

G. Riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar humanos

- 1. Prácticas de seguridad personal

2. Hábitos sociales (drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, especificar el nivel de consumo)
- H. Normalidad: promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial propio, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal
1. Hábitos de salud
 - a. Recursos de salud utilizados (médicos, odontológicos, oftalmológicos, otológicos; programas de detección sistemática; vacunaciones; asesoramientos)
 - b. Prácticas de salud personal (manejo del estrés/ ansiedad, meditación, técnicas de relajación; autoexamen de mama, examen testicular)
 2. Concepto/ imagen de sí mismo
 - a. Imagen corporal (aspecto, límites, estructura interna)
 - b. Salud mental
 - (1) Actitud
 - (2) Afecto/ estado de ánimo
 - (3) Procesos de pensamiento (lógico, coherente, perceptivo)
 - (4) Sensorio y raciocinio (niveles de conciencia, orientación, memoria, cálculo, pensamiento abstracto, juicio/ comprensión, inteligencia)
 - (5) Área de control
 - (6) Peligro potencial (para sí mismo y para otros)
 - c. Espiritualidad
- III. Necesidades de autocuidado según las etapas del desarrollo
- A. Etapa de la vida y aspectos relacionados (neonatal, lactancia, infancia, edad preescolar, edad escolar, adolescencia, edad adulta temprana, edad adulta media, procreación, edad adulta tardía)
 - B. Etapa psicosexual (Freud)
 - C. Etapa psicosocial (Erikson)
 - D. Etapa intelectual (Piaget)

- E. Etapa moral (Kohlberg)
 - F. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal (hechos cotidianos, mala salud, educación)
- IV. Necesidades de autocuidado ante una desviación de la salud
- A. Desviación actual
 - 1. Percepción de la desviación
 - a. Motivo de la consulta
 - b. Comprensión de la alteración actual de salud
 - c. Sentimientos en relación con el estado actual de salud
 - d. Preocupaciones específicas
 - 2. Mecanismos de adaptación
 - a. Uso previo de los mecanismos de adaptación para afrontar alteraciones similares
 - b. Repertorio actual de mecanismos de adaptación y adecuación de los mismos
 - c. Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos)
 - 3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida
 - a. Psicológicos
 - b. Fisiológicos
 - c. Económicos
 - B. Historia previa de desviaciones de la salud
 - 1. Enfermedades en la edad adulta
 - 2. Enfermedades en la infancia
 - 3. Accidentes/ lesiones
 - 4. Hospitalizaciones
 - 5. Alergias
 - a. Fármacos
 - b. Alimentos
 - c. Otras
 - 6. Medicamentos
 - a. Prescritos

b. Por iniciativa propia

C. Historia familiar de salud

1. Familiares vivos o fallecidos con desviaciones similares de la salud
2. Presencia de enfermedades hereditarias (diabetes, hipertensión, cardiopatía)

Anexo 2 Cédulas PREVIGen

PREVIGen I

01. Nivel Socioeconómico	■ Medio y alto	Bajo	■ Muy bajo
02. Escolaridad (años aprobados)	■ 6 y más	1 a 5	■ Cero
03. Edad (años)	■ 20-30	15-19	■ 14 y menos
04. Edad (años)		31-35	■ 36 y más
05. Estatura cm	■ 150 y más	145-149	■ 144 y menos
06. Estado civil	■ Casada	Soltera	■ Sin cónyuge
07. Estado civil	■ Unión libre	Viuda	
08. Paridad	■ 1 a 3	Nullpara	
09. Paridad		4 y más	
10. Partos anteriores	■ Normal	Difícil	■ Traumático
11. Intervalo intergenésico	■ 1 a 2 años	Menos de 1 año	
12. Abortos	■ No	1 a 2	■ Más
13. Nacidos muertos	■ No	1 a 2	■ Más
14. Hijos con bajo peso	■ No	1 a 2	■ Más
15. Hijos con malformaciones	■ No	1 a 2	■ Más
16. Hijos prematuros	■ No	1 a 2	■ Más
17. Muertes neonatales	■ No	1 a 2	■ Más
18. Diabetes	■ No	Controlada	■ Activa
19. Hipertensión	■ No	Controlada	■ Activa
20. Epilepsia	■ No	Controlada	■ Activa
21. Cardiopatía	■ No	Controlada	■ Activa
22. Enfermedades del tiroides	■ No	Controlada	■ Activa
23. Enfermedades renales	■ No	Controlada	■ Activa
24. Consanguinidad	■ No	Sí	
25. Retraso mental	■ No	Sí	
26. Exposición radiaciones	■ No	Sí	
27. Carga de trabajo	■ Normal	Excesivo	■ Exagerado
28. Exposición a tóxicos	■ No	Sí	
29. Desnutrición	■ No	Moderada I	■ Grave II
30. Anemia Hb. en gramos	■ 11 y más	8 a 10.9	■ Menos de 8
31. Alcoholismo	■ No	Sí	
32. Tabaquismo	■ No	Sí	
33. Otras farmacodependencias	■ No	Tuvo	■ Actual
34. Toxoplasmosis	■ No	Tuvo	■ Actual
35. Rubéola	■ Tuvo		■ Actual
36. Citomegalovirus	■ No		■ Sí
37. Herpes	■ No		■ Sí
38. Sífilis	■ No	Tuvo	■ Actual
39. S.I.D.A.	■ No	Sospecha	■ Sí
40. Otros especifique _____		_____	■ _____

■ Riesgo Bajo Riesgo Medio ■ Riesgo Alto

EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO A MUJERES EN EDAD FERTIL NO EMBARAZADAS

PREVIGen II

1 DATOS GENERALES

01 Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20 a 30	<input type="checkbox"/> 15 a 19	<input type="checkbox"/> 14 y menos
02 Edad (años)		<input type="checkbox"/> 31 a 35	<input type="checkbox"/> 36 y más
03 Peso al inicio (kg)	<input type="checkbox"/> 51 a 64	<input type="checkbox"/> 65 a 75	<input type="checkbox"/> 76 y más
04 Peso al inicio (kg)		<input type="checkbox"/> 41 a 50	<input type="checkbox"/> 40 y menos
05 Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> 1 50 y más	<input type="checkbox"/> 1 45 a 1 49	<input type="checkbox"/> 1 44 y menos
06 Nivel socioeconómico	<input type="checkbox"/> Alto y medio	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Muy bajo
07 Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Sin cónyuge
08 Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Viuda	
09 Actitud	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Inadecuada	<input type="checkbox"/> Muy Alterada

2 ANTECEDENTES

10. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> 4 a 6	
11 Pandad		<input type="checkbox"/> Nullpara	
12. Parto anterior	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Traumático
13 Abortos consecutivos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 2 y más	
14 Cesáreas previas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> 2 y más
15 Parto pretérmino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
16 Preeclampsia-eclampsia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
17 Hijos 2500 g y menos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
18 Hijos de 4000 g. y más	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
19 Muertes perinatales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
20. Hijo malformado	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
21 Cirugía previa pélvica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ginecológica	<input type="checkbox"/> Útero

3 EMBARAZO ACTUAL

22 Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
23 Factor Rh.	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo
		<input type="checkbox"/> no inmunizada	<input type="checkbox"/> inmunizada
24. Hemoglobina en g.	<input type="checkbox"/> 11 y más	<input type="checkbox"/> 8 a 10.9	<input type="checkbox"/> Menos de 8
25. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
26 Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
27 Toxicomanías	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
28 Amenaza de aborto (menos de 20 semanas)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
29 Amenaza parto pretérmino (20 y más semanas)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
30 Hemorragia ginecológica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
31. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
32. Nefropatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
33. Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
34 Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
35 Hipertensión del embarazo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
36 Ruptura de membranas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 12 hs. y menos	<input type="checkbox"/> 13 hs. y más
37 Otros especifique _____			<input type="checkbox"/> _____

Riesgo Bajo Riesgo Medio Riesgo Alto

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN LA PRIMERA CONSULTA DEL EMBARAZO

Anexo 3 Cédulas PREVIgen

PREVIgen III

01. Presión arterial Sist.	■ 80-139	140-160	■ 161 y más
02. Presión arterial Diast.	■ 60-90	91-109	■ 110 y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	■ 1 a 1.5	1.6 a 2.9	■ 3.0 y más
04. Aumento de peso (kg/mes)		Sin aumento	■ Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	■ 3 a 5	6-7	■ 8 y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		1-2	■ No aumento
07. Líquido amniótico (cantidad)	■ Normal	Moderado ↑	■ Exagerado ↑
08. Líquido amniótico (cantidad)		Moderado ↓	■ Exagerado ↓
09. Movimientos fetales	■ Normal	Moderado ↑	■ Exagerado ↑
10. Movimientos fetales		Moderado ↓	■ Exagerado ↓
11. Hemorragia genital	■ No	Mínima	■ Regular
12. Membranas ovulares	■ Integras	Rotas 12 hs. y menos.	■ Rotas 13 hs y más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	■ 1 y menos	2 a 3	■ 4 y más
14. Aborto	■ No	Amenaza	■ En evolución
15. Parto pretermino (20-36 sem)	■ No	Amenaza	■ En evolución
16. Infección urinaria	■ No	Controlada	■ Activa
17. Otras alteraciones maternas especifique _____		_____	■ _____
18. Otras alteraciones fetales especifique _____		_____	■ _____
19. Otros especifique _____		_____	■ _____

■ Riesgo Bajo Riesgo Medio ■ Riesgo Alto

**EVALUACION DE RIESGO PERINATAL
EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCION
DEL EMBARAZO**

PREVIGen IV

01. Riesgo en el embarazo	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02. Emotividad Edo. Psicológico	<input type="checkbox"/> Tranquila	Excitada	<input type="checkbox"/> Sin control
Actividad Uterina	03. Frecuencia (10')	<input type="checkbox"/> 3 a 4	Menos de 3
Contracciones	04. Intensidad	<input type="checkbox"/> Normal	Baja
	05. Duración Seg	<input type="checkbox"/> 40 a 60	61 a 90
	06. Tono	<input type="checkbox"/> Normal	Hipotónico
			<input type="checkbox"/> 5 y más
			<input type="checkbox"/> Elevada
			<input type="checkbox"/> Más de 90
			<input type="checkbox"/> Hipertónico
07. Dilatación cérvix cm/hora.	<input type="checkbox"/> 1-2	3 y más	<input type="checkbox"/> Estacionaria
Frecuencia Cardíaca Fetal	08. Basal	<input type="checkbox"/> 121-150	111-120
	09. Basal	<input type="checkbox"/> Dip I	151-160
	10. Ritmo	<input type="checkbox"/> Reactiva	Dip variable
11. Valoración respuesta fetal	<input type="checkbox"/> Útil	No reactiva	<input type="checkbox"/> 110 y menos
12. Valoración respuesta fetal	<input type="checkbox"/> Integras	Taquicardia	<input type="checkbox"/> 161 y más
13. Pelvis	<input type="checkbox"/> Cefálica	Límite o dudosa	<input type="checkbox"/> Dip II
14. Membranas	<input type="checkbox"/> Uno	Rotas 12 hs y menos	<input type="checkbox"/> Bradicardia
15. Presentación	<input type="checkbox"/> Normal	Regular	<input type="checkbox"/> Desproporción
16. No. de fetos	<input type="checkbox"/> Claro	Verdoso	<input type="checkbox"/> Rotas 13 h y más
	<input type="checkbox"/> Grumoso	Amarillento	<input type="checkbox"/> Otras
		Emulsión	<input type="checkbox"/> 2 y más
Líquido amniótico	17. Cantidad	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Poli
	18. Cantidad	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Oligo
	19. Color	<input type="checkbox"/> Grumoso	<input type="checkbox"/> Verde osc.
	20. Color		<input type="checkbox"/> Rojizo
	21. Calidad		<input type="checkbox"/> Sin grumos
22. Peso calculado (J. Toshach)	<input type="checkbox"/> 2500 - 3499	2000 - 2499	<input type="checkbox"/> Menos 2000
23. Peso calculado (J. Toshach)	<input type="checkbox"/> Normal	3500 - 3999	<input type="checkbox"/> 4000 y más
24. Placenta Inserción	<input type="checkbox"/> Sin datos	Baja marginal	<input type="checkbox"/> Previa
25. Cordón Compresión	<input type="checkbox"/> No	Sospecha	<input type="checkbox"/> Positivo
26. Malformaciones	<input type="checkbox"/> No	Maternas	<input type="checkbox"/> Fetales
27. Madre complicaciones	<input type="checkbox"/> No	Controladas	<input type="checkbox"/> Sin control
28. Otros especifique: _____			<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Riesgo Bajo	Riesgo Medio	<input type="checkbox"/> Riesgo Alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

Anexo 3 Cedulas PREVIGen

PREVIGen V

01. Riesgo en PREVIGen IV	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02. Frecuencia cardiaca fetal	<input type="checkbox"/> 121-150	111-120	<input type="checkbox"/> 110 y menos
03. Frecuencia cardiaca fetal		151-160	<input type="checkbox"/> 161 y más
04. Valoración respuesta fetal	<input type="checkbox"/> Reactivo	*In reactivo	<input type="checkbox"/> Bradicardia
05. Valoración respuesta fetal		Taquicardia	
06. Tono uterino	<input type="checkbox"/> Normal	Hipotonía	<input type="checkbox"/> Hipertonía
07. Frecuencia cont. en 10 min	<input type="checkbox"/> 2 a 4	Incoordinación	<input type="checkbox"/> Taquisistolia
08. Duración seg.	<input type="checkbox"/> 40-60	Menos de 40	<input type="checkbox"/> 61 y más
09. Dilatación cervical cm/hora	<input type="checkbox"/> 1-2	3 y más	<input type="checkbox"/> Estacionaria
10. Percenso presentación	<input type="checkbox"/> Normal	Rápida	<input type="checkbox"/> Difícil
11. Temperatura G.C.	<input type="checkbox"/> 36-37	Menos de 36	<input type="checkbox"/> Más de 37
12. T.A. Sistólica	<input type="checkbox"/> 80-139	140-160	<input type="checkbox"/> 161 y más
13. T.A. Diastólica	<input type="checkbox"/> 60-90	91-109	<input type="checkbox"/> 110 y menos
14. Membranas	<input type="checkbox"/> Integras	Rotas 12 hs. y menos	<input type="checkbox"/> 13 hs y más
15. Inducción	<input type="checkbox"/> No	Oxitocina	<input type="checkbox"/> Oxitocina y otros
16. Anestesia	<input type="checkbox"/> No	Regional	<input type="checkbox"/> General
17. Uteroinhibidores	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
18. Parto atendido en	<input type="checkbox"/> Cama	Expulsión	<input type="checkbox"/> Quirófano
19. Episiotomía	<input type="checkbox"/> Sí	Desgarros	
20. Fórceps	<input type="checkbox"/> No	Profíctico	<input type="checkbox"/> Indicado
21. Duración del T.P. hs.	<input type="checkbox"/> Menos de 6	6-8	<input type="checkbox"/> 9 y más
22. Alumbramiento	<input type="checkbox"/> Espontáneo	Dirigido	<input type="checkbox"/> Manual
23. Acretismo	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
24. Hemorragia	<input type="checkbox"/> Normal	Moderada	<input type="checkbox"/> Excesiva
25. Otros especifique:			<input type="checkbox"/>

Riesgo Bajo Riesgo Medio Riesgo Alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

Anexo 3 Cédulas PREVIgen

PREVIgen VII

01. Riesgo PREVIgen VI	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02. Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Hasta 8%	9-12%	<input type="checkbox"/> 13% y más
03. Control de temperatura	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
04. Alimentación	<input type="checkbox"/> Al seno	Otra	
05. Dispepsia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
06. Onfalitis	<input type="checkbox"/> No	Sí	
07. Ictericia	<input type="checkbox"/> Leve	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
08. Succión deglución	<input type="checkbox"/> Normal	Fatiga	<input type="checkbox"/> Anormal
09. Llanto	<input type="checkbox"/> Normal	Agudo	<input type="checkbox"/> Débil
10. Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ausentes	Focal	<input type="checkbox"/> Generalizada
11. Respuesta. Examen	<input type="checkbox"/> Normal	Agitación	<input type="checkbox"/> Letargo
12. Fontanelas	<input type="checkbox"/> Normal	Deprimida	<input type="checkbox"/> Tensa
13. Tono muscular	<input type="checkbox"/> Normal	Hipertónico	<input type="checkbox"/> Hipotónico
14. Movimientos anormales	<input type="checkbox"/> No	Tembor	<input type="checkbox"/> Clónicos
15. Opistótonos	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
16. Asimetría postural	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
17. Cadena	<input type="checkbox"/> Normal	Abducción	<input type="checkbox"/> Ortolani pos.
18. Prensión	<input type="checkbox"/> Con jalón	Sin jalón	<input type="checkbox"/> Ausente
19. Búsqueda	<input type="checkbox"/> Normal	Limitada	<input type="checkbox"/> Ausente
20. Moro	<input type="checkbox"/> Normal	Asimétrico	<input type="checkbox"/> Ausente
21. Endereza miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleto	<input type="checkbox"/> Ausente
22. Cabeza sigue tronco	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
23. Marcha	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleta	<input type="checkbox"/> No
24. Otros especifique: _____		_____	<input type="checkbox"/> _____
_____		_____	<input type="checkbox"/> _____

Riesgo Bajo Riesgo Medio Riesgo Alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL
EN EL RECIEN NACIDO DE 0-6 DIAS

PREVIGen VIII

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

PUERPERIO:

Inmediato hasta 24 horas

Mediato 25 a 72 horas

Tardío 4 a 42 días

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL PUERPERIO

Anexo 3 Reporte médico

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURADO MEDICO 4599179 0468 3770 0-3
	APELLIDO PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRE: _____ CURP: <u>WILSON/09759 GICRJA</u>

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: <u>00</u> UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: _____ DELEGACIÓN: _____ <u>002. CENTRO TECNICO</u>	DIAGNOSTICO DE ENVIO: <u>FE. 25 A. OTT PY JUN 14, 11, 99</u> <u>Ph. PLACENTA PREVIA, HEMORRAGIA ph. APP?</u>
UNIDAD QUE ENVIA: _____ DELEGACIÓN: _____ <u>120</u>	
FECHA DE LA SOLICITUD: <u>12/02/2000</u> <small>DIA MES AÑO</small>	FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ: _____ <small>DIA MES AÑO</small>

RESUMEN CLINICO
 ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPÉUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

Ph. 25 A. de edad OTT PY todo el año el 96. el día 14.02.2000 valorada en ese Servicio por
ISOP. Dr. de Ph. PLACENTA PREVIA, valoración efectuada por Sr. médico especialista de la
Dolor hipogástrico intermitente y más con la deambulación, STV intermitente escaso, diario
este día el 25, por las siguientes indicaciones de su manejo en este nivel. EN PRIMAVIDA FEM.
PACIENTE PRESENTE DE TRIGICIO DE PA. BASTA Y V. INTERMITENTE
Actualmente presenta con unido de macrolones y dolor renal.
STV PI 55 X. Sístes 159 Gm. TA 180/90 FC 72. RM, con mareo en hipogastrio, desmb. la con el
además algunas náuseas con dolor. TP. 200. 140. 102. 60. 100. 100. 100. 100. 100. 100. 100. 100.
Quito ST. 2. Seales dolorosa a la palp. y maniobras abdominales. Ni STB. Dificios y Signos
por el posible de.

MOTIVO DE ENVIO 1. FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> 2. PRESENCIA DE COMPLICACIONES <input type="checkbox"/> 3. REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES <input checked="" type="checkbox"/> 4. RIESGO DE RECURRENCIA <input type="checkbox"/> 5. COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA <input checked="" type="checkbox"/>	6. TRATAMIENTO ESPECIALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> 7. PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA <input type="checkbox"/> MÉTODO ANTICONCEPTIVO: _____ (FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PACIENTE) 8. OTROS: _____ ESPECIFIQUE: <u>165589715</u>
--	---

INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS _____ FECHA DE INICIO: _____ <small>DIA MES AÑO</small> - NOVA <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> No. DIAS ACUMULADOS _____	RAZÓN DE REQUERIR: IMPROVEDOR GENERAL <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/>
--	---

MÉDICO RESPONSABLE: <u>EMERILIO CARRILLO N. 11243333</u> 	MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, MATRÍCULA, CARGO Y FIRMA) 
---	--

Anexo 4 Reporte médico



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

VILLEGAS, CORTES, GLORIA,
4595, 75, 0462, 17, 75..

NOTAS MEDICAS
Y PRESCRIPCION

CAMA No.

HOJA No.

FECHA Y HORAS	NOTAS
12 04. 00 TA 90. 60	9hrs. G11
P88	P11
PR20.	PUR. 14 NOV. 99.
Temp 36.6	REFIERE QUE ACUDE DE SU UMF. VEREADA, EL DIA DE HOY EDAD. 25 años..
P55	ACUDE LA PACIENTE POR REFERIR QUE PRESENTA DISCRETO DOLOR ANIVEL DE HIPOGASTRIO TIPO COLICO IRREGULAR..
TALLA 152.	NO REPIERE PERDIDAS TRANSVAGINALES.
	AGUZ N. 14. RITMO. 28x. 8. EUME ORREICA. IVSA. 16a/.
	G11PI FUP. HACE años peso.. 2900 EUOTICOC.
	ALA W ARDORON BLANDO DEPRESIBLE SIN DATOR DE IRRITACION PERITONCAL
	FCP. 140x RITMO. CON DOPPLER..
	TV. DIFERIDO..
	IDX. PACEM. 25a. G11PI EME. 24cm. X PUR. PROB. YBP..
	SE SOLICITA GYN OBSTETRICO. YA QUE REPIERE O TENER UNO BREVE. EL CUAL OUVIDO EN SU CASA EL RESULTADO QUE TIENE APARENTEMENTE.. SI ACENTA BREVE CABE MENCIONAR QUE SI DUTERA VOSE DE DEFINITIVO POR TAL MOTIVO SOLICIO UNO DE CONTROLE.
	SE ENVIA UMF. PARA VALORAR LA INCAPACIDAD DEL DIA DE HOY. YA QUE RE FUE LISTA POR SU MEDICO FAMILIAR HOY. CON USCK HORAS CON DICHA PARA MAS DIAS DE INCAPACIDAD. CITA ADEMAS URGENCIA EN CASO DE DITR SINGRADO FEBRE.. Y/O DISMINUCION DE LVIMIENTOS PEALES.
	URDELOPORA 101193..

HOJA No.

FORMA 4-36-12/73

Anexo 5 Reporte del ultrasonido

Abril 11/2000	
Se realiza un estudio de barridos lineales longitudinales y transversales con el fin de evaluar la cavidad abdominal, se identifica útero aumentado de volumen y en su interior se visualiza un feto con peso a la izquierda/ cuna neural (íntegro)/ área cardíaca normal con visualización de sus cuatro cámaras/ LH de 39mm/ 21 semanas/ LF de 42mm/ 21 semanas/ placenta posterior a nivel grado I cuyo borde más inferior se encuentra a 15mm del CI (FEP no definitiva por edad gestacional)/ La amniotización es normal para la edad gestacional.	

Anexo 6 Reporte de laboratorios del 23 de mayo del 2000

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Glucosa	70 mg/ dl
Hemoglobina	12.1
Hematocrito	39
Leucocitos	9600
Linfocitos	15
Monocitos	3
Eosinofilos	1
Basofilos	1
Segmentos	80

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Leucocitos	9 – 10 campo
Densidad	1030
Epitelios	1/ campo
Bacterias	+
Ph	5

Anexo 7 Reporte del ultrasonido del 30 de junio.

30 DE JUNIO DE 2000

Útero aumentado de tamaño, PUV cefálico, fetometría DBP 85 mm LF 67 mm CC 280 CA 291 sugiriendo 32 – 33 semanas. Placenta corporal posterior grado I normoinserta, LA normal. Cumb normal.



CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL.
Hospital Amigo del Niño y de la Mujer,
O.P.S. O.M.S. S.S.A.



EVOLUCION DEL PARTO

DIAS	HORA	DURACION	FRECUENCIA CARDIACA FETAL	ACTIVIDAD UTERINA	DILATACION CERVICAL	TEMPERATURA	T.A. SIST. DIAS	MEMBRANAS	ORITOCINA	B.P.D.	U. INVASION	MEDICO-CLAVE
22/08/2008	15:15	1:15	140	35-40	0	36.5	100/60	Integras				
23/08/2008	15:15	1:15	140	35-40	0	36.5	100/60	Integras				
24/08/2008	15:15	1:15	140	35-40	0	36.2	100/60	Integras				
25/08/2008	15:15	1:15	140	45-60	0	36.2	100/60	Integras				
26/08/2008	15:15	1:15	140	45-60	0	36.3	100/60	Integras				
27/08/2008	15:15	1:15	140	45-60	0	36.3	100/60	Integras				
28/08/2008	15:15	1:15	140	45-60	0	36.3	100/60	Integras				
29/08/2008	15:15	1:15	140	45-60	0	36.3	100/60	Integras				

Anexo 8 Partograma

TRABAJO DE PARTO	NACIMIENTO	RECENNAICION	EUAMPC DE SALUD
Riesgo Inicial: <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Bajo	Parto: <input checked="" type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> cesárea	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre: L.R.O. Mariana Hernández O.
Año: 2008	Fecha: 28/08/2008	Peso: 2200 gramos	Educ. Prim: _____
Modo: _____	Cesárea: <input type="checkbox"/> indicada <input type="checkbox"/> programada <input type="checkbox"/> urgente	APGAR: <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7	T. Social: _____
Fecha inicio: 22/08/2008		Clasificación, circunferencia y gestación (Margali Area): _____	Asesor: _____

SISTEMA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL

(Ver. 1.0)

APÉNDICES**Apéndice 1. Autorización de seguimiento del embarazo**

México D. F., a 05 de mayo de 2000

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que la pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Miriam Hernández Ortega con matrícula 9554855 – 1 lleve a cabo el seguimiento de mi embarazo y utilice los datos obtenidos para los fines que a ella convengan.

ATENTAMENTE



Sra. Gloria E. Villegas Cortes

Apéndice 2. Plan dietético para 25 semanas de gestación

Talla: 152 cm Peso al inicio del embarazo: 45 Kg.

Peso ideal al inició del embarazo: 51 K 600 g.

Peso esperado para la semana 25 de gestación: 58 Kg.

Peso real para la semana 25 de gestación: 56 Kg.

Tipo de dieta según su peso esperado para las semanas del embarazo: 54 – 60 Kg. = C

RACIONES PARA CADA DIETA	DESAYUNO	COMIDA	CENA
1. cereales Y tubérculos	3	3	2
2. Lípidos y azúcares	1	2	1
3. Leguminosas y alimentos de origen animal	2	2	2
4. Frutas y verduras	3	4	3

DESAYUNO

2 huevos estrellados, ½ cucharada de aceite, 2 tortillas

1 Taza de jugo de naranja

¾ de taza de papaya y ½ plátano

COMIDA

1 Taza de arroz, ½ taza de chicharos, ½ taza de zanahorias, ½ cucharada de aceite

2 Higados de pollo a la mexicana, ½ cucharada de aceite, ½ taza de frijoles cocidos, 2 tortillas.

½ taza de piña y 1 taza de sandia

CENA

½ cucharada de aceite, ½ taza de frijoles, 1 rebanada de queso manchego, jitomate y cebolla al gusto.

½ taza de piña y ¾ taza de papaya.

Tomar de 2 a 3 litros de agua al día

Apéndice 3 Tríptico de la cervicovaginitis

<p>¿CÓMO LO PUEDO PREVENIR?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar condón - Usar ropa de algodón - Utilizar protectores en los baños públicos o colocar papel de baño en la taza. - Evitar compartir ropa, toalla de baño y utensilios higiénicos. - Mantener una higiene femenina adecuada. - Bañarse y cambiarse diario de ropa interior 	<ul style="list-style-type: none"> - No usar tampones o toallas vaginales por periodos prolongados. - No secar la ropa interior en lugares cerrados. - No automedicarse antibióticos. - Inspeccionar al compañero sexual para observar si hay secreciones o áreas enrojecidas en el pene. - La pareja se trate y tomen o apliquen los medicamentos prescrito por el médico. - Evitar las relaciones sexuales durante el tratamiento. 	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO</p> <p>ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA</p> <p>CERVICOVAGINITIS POR CANDIDIASIS.</p> <p>Elaborado por la pasante: Miriam Hernández Ortega.</p>
---	--	---

<p>¿QUÉ ES LA CERVICOVAGINITIS POR CANDIDIASIS?</p> <p>Es una infección endógena causada por un hongo o una levadura que afecta común mente a la vulva y la vagina.</p>	<p>¿EN QUIENES SE PRESENTA?</p> <p>Ambos sexos; es más frecuente en la mujere de entre 16 y 30 años con actividad sexual activa, personas diabéticas, obesas, inmunosuprimidas, con hipotiroidismo, VIH o SIDA.</p>	<p>Eritema y edema en la mucosa vulvovaginal, lesiones por el rascado, disuria y dispareunia.</p>
<p>¿QUÉ LO CAUSA?</p> <p>Un hongo que se llama Candida albicans.</p>	<p>¿CÓMO LO IDENTIFICO?</p> <p>Sus síntomas son los siguientes: Comezón en vulva y vagina intenso, secreción blanca o amarilla espesa en forma de requesón, no fétida,</p>	<p>¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES?</p> <p>En la pareja no hay daño; pero el bebé puede tener candidiasis bucal que se caracteriza por la presencia de placas blancas adherentes distribuidas sobre la mucosa de la boca.</p>

Apéndice 4 Tríptico de la infección de las vías urinarias

<p>¿CUÁLES SON SUS CONSECUENCIAS?</p> <p>Un mayor riesgo de que presentes trabajo de parto prematuro, un choque séptico, hipertensión, anemia durante el embarazo, extensión directa de la infección, compromiso placentario y/o miometrial, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, bajo peso del recién nacido, menor edad gestacional, infección neonatal y fiebre posparto.</p>	<p>¿Cómo puedo prevenirlo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - vaciar con frecuencia la vejiga y jamás ignorar la urgencia de micción. - Hacer el aseo perineal de adelante hacia atrás. - Evitar el uso de desodorantes y duchas vaginales. - Tomar de 2 a 3 litros por día. - Consumir alimentos ricos en vitamina C. - Evitar tomar café, alcohol, té y especias. - Acudir a sus consultas prenatales. - Tomar los antibióticos preescritos por su médico. 	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO</p> <p>ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA</p> <p>INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.</p> <p>Elaborado por la pasante: Miriam Hernández Ortega.</p>
--	--	---

<p>¿QUÉ ES LA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS?</p> <p>Es un proceso infeccioso causado por la presencia de más de 100 000 colonias de bacterias por mililitro de orina que afecta al tracto urinario y puede o no acompañarse de síntomas de urosepsis.</p>	<p>¿EN QUIENES SE PRESENTA?</p> <p>La población en general; se dice que es más frecuente en la mujer debido a su anatomía; personas con mala higiene perineal, vaciamiento de la vejiga por periodos prolongados, ingerir menos de 2 litros de agua diario y mujeres que se encuentran en etapa reproductiva y el embarazo.</p>	<p>afectando a tu vejiga puedes sentir disuria, urgencia, frecuencia, polaquiuria, nicturia, dolor suprapúbico sin fiebre y puede o no haber hematuria e incontinencia urinaria. Si la infección esta afectando al riñón entonces puedes tener fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, náusea, vómito, diarrea, constipación, frecuencia, urgencia y disuria.</p>
<p>¿QUÉ LA CAUSA?</p> <p>La bacteria que se presenta con mayor frecuencia es la “Escherichia coli”.</p>	<p>¿CÓMO LA IDENTIFICO?</p> <p>Puede que no tengas síntomas por que puede ser asintomático, si es el caso se detecta con un examen general de orina; pero si está</p>	

Apéndice 5 Tríptico de la amenaza de parto pretérmino

<p>¿CUÁLES SON LOS RIESGOS?</p> <p>Prematurez, retardo mental, convulsiones, daño cerebral mínimo, sordera, estrabismo, displasias traquebronquiales y pulmonares, hemorragia y muerte.</p> <p>¿CÓMO PUEDO PREVENIRLO?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comiendo más carne, suplemento de hierro y vitaminas. - Beber 2 – 3 litros de agua. - Descansar de 2 – 3 veces al día en decúbito lateral izquierdo. - No levantar objetos pesados. - Evitar el cansancio. - Visitas regulares de control prenatal. 	<p>¿Y SI ESTOY EN EL CASO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO?</p> <p>Acude de inmediato con tu médico para que te revise y decida lo mejor para ti y tu bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización. - Dejar que el trabajo de parto continúe para que se de el parto. - Hacer una cesárea. - Inhibir el trabajo de parto y mandarte a casa con las siguientes indicaciones : Mantener reposo, hidratación oral, abstinencia de relaciones coitales y regresar al hospital en caso de que aumenten las contracciones. 	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO</p> <p>ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA</p> <p>AMENAZA DE TRABAJO PRETÉRMINO</p> <p>Elaborado por la pasante: Miriam Hernández ortega.</p>
---	--	---

¿QUÉ ES UN PARTO PRETÉRMINO?	¿QUÉ LO OCASIONA?	¿CÓMO LO IDENTIFICO?
<p data-bbox="431 368 921 456">Es aquel que ocurre entre la semana 20 y 37 de gestación.</p> <p data-bbox="431 906 921 1206">¿EN QUIENES SE PRESENTA? Mujeres menores de 20 y mayores de 35 años, miden menos de 150 cm, primigestas, mala alimentación, y quienes realizan trabajos pesados y/o fatigantes.</p>	<p data-bbox="949 312 1474 935">Se desconoce la causa pero se atribuye a enfermedades maternas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, sífilis, neumonía, infecciones en vías urinarias y vaginales; anemia, tabaquismo, dogradicción, consumo excesivo de café; tumores, miomas, abortos previos, partos prematuros previos, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, polihidramnios.</p>	<p data-bbox="1502 312 2036 400">Por medio de los siguientes síntomas:</p> <ul data-bbox="1544 424 2036 1046" style="list-style-type: none"> - Cólicos de tipo menstrual o abdominal. - Contracciones uterinas de 8 en una hora. - Dolor lumbar poco intenso, constante e intermitente. - Dolor persistente en los muslos - Pesantez pélvica percibida por la madre - Aumento o cambio de la secreción.

Apéndice 6 Plan dietético para 27 semanas de gestación

Talla: 152 cm Peso al inicio del embarazo: 45 Kg.

Peso ideal al inició del embarazo: 51 K 600 g.

Peso esperado para la semana 27 de gestación: 58. 600 Kg.

Peso real para la semana 25 de gestación: 57Kg

Tipo de dieta según su peso esperado para las semanas del embarazo: 54 – 60 Kg. = C

RACIONES PARA CADA DIETA	DESAYUNO	COMIDA	CENA
1. cereales Y tubérculos	3	3	2
2. Lípidos y azúcares	1	2	1
3. Leguminosas y alimentos de origen animal	2	2	2
4. Frutas y verduras	3	4	3

DESAYUNO

2 enfrijoladas: 2 tortillas, ½ taza de frijoles, ½ cucharada de aceite, 1 muslo de pollo asado.

1 Taza de jugo de naranja, ½ taza de betabel y ½ taza de jícama.

COMIDA

½ taza de fideo con jitomate.

¼ Taza de atún, ½ taza de chicharos, ½ taza de zanahorias.

1 taza de frijoles cocidos

¾ de papaya y ¼ de pieza de melón chico

CENA

2 panes de caja, ½ cucharada de mayonesa, 1 rebanada de jamón, lechuga y jitomate.

½ Taza de leche

3 Guayabas

Tomar de 2 a 3 litros de agua durante el día

Apéndice 7. Valoración del neonato

- A. Datos subjetivos: Gloria dice que la bebé nació a las 18: 40 por parto eutócico y peso 2, 750 gramos, midió 49 cm. y su APGAR de 8/9; la amamanta en el hospital. Dice que ya en casa la bebé es muy tranquila porque llora para que le cambien el pañal y para que le den de comer, duerme la mayor parte del tiempo, come cada 2 horas; las evacuaciones son aproximadamente seis al día de color negros, no sabe cuantas veces micciona al día porque le pone pañal desechable.
- B. Datos objetivos: Se trata de neonato de un día de nacido del sexo femenino que se encuentra en posición flexionada, arropada y dormida, después de 30 minutos se despierta y la amamanta su mamá después de cambiarla, se le pide a la señora Gloria permiso para revisar a la bebé.

Sus signos vitales fueron: temperatura axilar de 37°C, respiraciones 45 X minuto, frecuencia cardiaca de 120 por minuto; No se pudo pesar, mide 49cm. de longitud, perímetro cefálico de 33 cm. y perímetro torácico 31 cm.

En la exploración física se encuentra con piel lisa, hidratada y con un poco de lanugo en hombros y espalda; la cabeza es simétrica y moldeada, se palpan fontanelas planas, suaves y firmes, la anterior en forma de diamante de 2 cm. aproximadamente, la posterior triangular y pequeña casi cerrada; escaso cabello delgado; ojos negros con pupilas iguales, redondas; nariz en la línea media, simétrica con conductos nasales permeables. Las orejas son adecuadas para el tamaño de la cabeza, su borde es ligeramente curvo, suave y recupera su forma lentamente; labios y paladar integro, lengua en la línea media; cuello sin alteraciones; clavículas rectas, lisas e integras; cardiopulmonar sin compromiso; mamas simétricas y planas de 1 cm. de diámetro; abdomen ligeramente prominente con muñón umbilical en proceso de deshidratación, de color café, sin datos de infección; genitales ligeramente edematosos, los labios mayores cubren a los menores; columna vertebral recta

e intacta. Miembros superiores simétricos con cinco dedos en cada mano; miembros inferiores rectos con cinco dedos en cada pie.

En la valoración de los reflejos se encontró buena respuesta al reflejo de búsqueda; la succión es fuerte; presión palmar presente; De Moro presente, de marcha normal.