



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA EMBARAZADA
CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANABEL MORALES FERNÁNDEZ

NO. DE CUENTA: 407119453

DIRECTOR ACADÉMICO

MAESTRA: LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

OCTUBRE DEL 2010

MÉXICO, DF.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por otorgarme salud, permitirme estar aquí y dar lo mejor de mí, por las pruebas que me hacen crecer como persona y ser humano.

A MIS PADRES

Por su apoyo incondicional a ampliar mis conocimientos y estar más cerca de mis metas profesionales. Que me aconsejan para conducirme correctamente y me ofrecen el sabio consejo en el momento adecuado.

A MI ASESORA

Quién me oriento para realizar este proceso enfermero; por darme su apoyo y tiempo de forma incondicional.

Finalmente, a todas aquellas personas que me asesoraron y amigos que me brindaron su apoyo, tiempo e información.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
Introducción.....	i
Justificación.....	1
Objetivos.....	2
Metodología.....	3
Marco teórico:	6
Generalidades del proceso enfermero.....	6
Taxonomía II de NANDA.....	16
Modelo de Virginia Henderson.....	20
Presentación del caso clínico.....	28
Valoración de necesidades con Virginia Henderson.....	30
Lista de diagnóstico.....	31
Plan de atención de enfermería con taxonomía NIC y NOC.....	35
Conclusión.....	81
Propuesta.....	82
Plan de alta.....	83
Glosario de términos.....	85
Bibliografía.....	87
Anexos	
Ruptura prematura de membranas.....	89
Instrumento de valoración.....	98

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia, a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud ha demandado. Desde siempre la enfermera(o) ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden responder de forma autónoma o, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos. Con el tiempo la enfermería ha consolidado el objeto *su hacer* - el cuidado - a través del desarrollo del arte, la ciencia y la tecnología.

¹La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así, un enfermero(a) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender a las personas en un sistema de salud que atiende las necesidades de los pacientes y sus familias.

La aplicación del proceso enfermero se ha venido haciendo en cada aplicación de los cuidados en los hospitales y el reto que falta cumplir en su totalidad es la documentación del proceso realizado.

¹ Alexander Echeverri Edison, Vélez P. D. 2005 *La enfermería, una profesión de servicio*, disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm> consultado el 03 de febrero 2010

Con el proceso enfermero se pretende delimitar el campo de la profesión, ya que la enfermera realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica.

La rotura prematura de membranas (RPM) es la rotura que ocurre antes del trabajo de parto. Aproximadamente entre el 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen. Si el trabajo de parto no es inducido, 60 – 70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 horas y acerca del 95% lo harán en aproximadamente un periodo no mayor a 72 horas. La RPM ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30 – 40% de partos pre término, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad, debido a que esta reportado que el 85% de la morbimortalidad fetal es resultado de la prematuridad.²

Este proceso de enfermería se realizó en el servicio de toco cirugía del hospital general naval de alta especialidad, a una paciente embarazada con rotura prematura de membranas, mediante la aplicación diagnósticos de enfermería de la NANDA, taxonomía II, La escala de resultados NOC y las intervenciones de enfermería NIC, donde se recopilaron datos de forma directa e indirecta

² Fernando Augusto López, Ordoñez *Ruptura prematura de membranas fetales de la fisiopatología a los marcadores tempranos de la enfermedad* Revista Colombia Vol. 57 No.4 2006 pp 279-290.

JUSTIFICACIÓN

La incidencia de un embarazo con rotura prematura de membranas en el hospital general naval de alta especialidad es 39 pacientes de 1 a 2 gestas de 999 atendidos, en el periodo de 23 de junio del 2009 al 04 de febrero del 2010 con edad promedio de 26 años.

Este trabajo tiene la finalidad de prevenir la complicación del embarazo, detectar los factores de riesgo de manera oportuna, y limitar el daño en las pacientes que acuden en la consulta externa de obstetricia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso Enfermero a través de sus etapas con base en el modelo de Virginia Henderson en una mujer embarazada con rotura prematura de membranas para satisfacer las necesidades que se encuentren alteradas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las necesidades, problemas hábitos y el estado de satisfacción de las necesidades fundamentales, en la embarazada con rotura prematura de membranas.
- Elaborar Diagnósticos de enfermería determinando las alteraciones actuales y potenciales.
- Planificar los cuidados de enfermería para corregir las alteraciones previamente detectadas.
- Ejecutar los cuidados para proporcionar una atención integral a la paciente embarazada con rotura prematura de membranas, y satisfacer sus necesidades.

METODOLOGIA

El presente proceso de atención de enfermería se aplicó a una mujer embarazada con rotura prematura de membranas de 34.3 Semanas de Gestación, basándose en el modelo de Virginia Henderson, NIC y NOC durante la rotación asignada en las prácticas clínicas de obstetricia II, del octavo semestre de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, durante el mes de Enero a Marzo 2010, en el servicio de toco cirugía del Hospital General Naval de Alta Especialidad en el área de labor, en la primera etapa de trabajo de parto.

Este proceso se inicio cuando la persona se encontraba hospitalizada y posteriormente se dio seguimiento utilizando la visita domiciliaria como herramienta.

Tipo de metodología:

- Descriptivo, cualitativo

Universo:

- Paciente embarazada en el Hospital General Naval de Alta Especialidad

Muestra:

- Paciente embarazada con rotura prematura de membranas en el Hospital General Naval de Alta Especialidad

Recursos:

Humanos: Una enfermera cursante del octavo semestre de la licenciatura de enfermería y obstetricia del sistema abierto de la ENEO

Físicos: Se cuenta con una computadora tipo lap-top e impresora

Financieros: Fueron cubiertos por la alumna que realizó el proceso enfermero

Técnica:

Primeramente se realizó la observación y exploración cefalocaudal de acuerdo a la inspección, palpación, percusión, y auscultación, posteriormente se entrevistó a la paciente, las variables evaluadas fueron las 14 necesidades fundamentales que propuso Virginia Henderson.

La recolección de datos se realizó mediante un instrumento de valoración del trabajo de parto y nacimiento con modelo de Virginia Henderson.

Fuentes de recolección fueron:

✓ Primarias:

- Entrevista directa
- Exploración física
- Valoración.

✓ Secundarias:

- Revisión de hojas de registros de enfermería
- Expediente clínico

- Historia clínica
- Revisión de laboratoriales

MARCO TEÓRICO

EL PROCESO ENFERMERO

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso enfermero. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidya Hall (1955), Dorothy Jhonson (1959), Ida Jean Orlando (1961) y Ernestine Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Mary Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Alcover Bloch (1974), Callista Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

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

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional

VALORACIÓN:

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de

interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

El orden de valoración puede seguir diferentes criterios:

Criterios de valoración siguiendo un orden "céfalo caudal": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- ✓ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

- ✓ Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Los tipos de datos son:

- ✎ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).

- ✎ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

☞ Datos históricos- antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

☞ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

- a) Entrevista Clínica
- b) La observación
- c) La exploración física

DIAGNÓSTICO

Es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2 Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes

Tipos de diagnósticos:

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias, principales e identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona

va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la Salud.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo

- **Documentación y registro.**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades).
- Evaluación (informe de evolución).

EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.³

Taxonomía II de los Diagnósticos de la NANDA

La taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. Esta se diseñó para tener una forma multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones.

³ José R. Dueñas Fuentes 2001 *Proceso de atención de Enfermería* h España disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. consultado 09/feb/2010

Es preciso usar el sentido común y el conocimiento enfermero para construir solo aquellos diagnósticos que tienen características definitorias y que, por tanto, son apropiados para su validación.

La taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Por lo tanto está basada en: 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos enfermeros.

Algunos diagnósticos enfermeros se encuentran en más de un dominio y clase, esto ocurre porque la etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias o factores relacionados, en el caso de "riesgo de" permiten colocarlos adecuadamente en más de un dominio y clase.

La NANDA, NOC y NIC pueden utilizarse conjuntamente o por separado. Juntas representan el campo de la enfermería en todos sus entornos y todas sus especialidades. La relación de los tres lenguajes proporciona ayuda a los profesionales y a los estudiantes para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para sus pacientes, en relación a sus diagnósticos enfermeros.

Intervención de Enfermería

Una intervención de Enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona.

Actividades de Enfermería

Actividades o acciones específicas de enfermería que realiza el profesional de Enfermería para llevar a cabo una intervención que ayuda al paciente a avanzar hacia el resultado deseado y concreto.⁴

Clasificación de las intervenciones de Enfermería

Es el orden, disposición de las actividades de Enfermería en grupos, en función de sus relaciones y la asignación de las denominaciones e intervenciones a estos grupos.

Taxonomía de las intervenciones de Enfermería

Es la organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de la taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones⁵

Resultado del paciente susceptible a las intervenciones de Enfermería

Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de Enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente.

⁴ NANDA-1 2008 *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2007 – 2008* ED ELSEVIER

⁵ McCloskey D. 2005 *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* 4ta Edición Ed. Elsevier España

Indicador de un resultado

Es un estado, conducta o percepción más concreta de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente, familia o comunidad a nivel concreto.

Medición

A través de la escala Tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado.

Taxonomía de la NOC

Es la organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.⁶

⁶ Moorhead S., Thonson M. 2005 *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* 3ra edición Ed Elsevier España

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson (1897-1996) fue una enfermera norteamericana con una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. A lo largo de su carrera declaró que su preocupación por los pacientes era “el elemento esencial del servicio de enfermería” y planteó cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería. Repitió también las necesidades de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que su estado como su objeto final cambian permanentemente (Marriner, 1998)

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas. El cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidados⁷.

Principales conceptos y definiciones

- **Enfermería:** Tiene como única función ayudar al individuo, sano o enfermo a, realizar las actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, Actividades éstas que el paciente realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, para realizarlas con el objeto de conseguir su independencia lo más rápidamente posible.

⁷ Virginia Henderson,. *The concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing*. 1978.

- **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.
- **Entorno:** Henderson no da una definición propia pero se basa en Webster's New Collegiate Dictionary, 1961 y lo define como: El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
- **Persona (paciente)** Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.
- **Necesidades:** En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería (Marriner,1998)

Las catorce necesidades de Virginia Henderson son:

1.-Oxigenación: Necesidad del organismo de introducir el oxígeno y expulsar el bióxido de carbono favoreciendo el intercambio gaseoso.

2.-Nutrición/hidratación: Necesidad del organismo de líquidos y nutrientes, necesarios para su metabolismo.

3.-Eliminación: Necesidad del organismo de expulsar las sustancias de desecho.

4.-Movilidad y una buena postura: Necesidad del organismo de ejercer la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el SNC.

5.-Reposo/sueño: Necesidad del organismo de suspender la actividad física, para permitir la recuperación de las fuerzas.

6.-Vestirse: Necesidad de proteger al cuerpo en función del clima, de las normas sociales, y de los gustos personales.

7.-Termoregulación: Mantener el equilibrio entre la producción del calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8.-Higiene: Mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y cavidades.

9.-Evitar peligros: Necesidad de protección ante las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

10.-Comunicación: Expresar las propias emociones, necesidades y temores

11.-Religión/creencias: Necesidad de las personas de realizar actos y tomar decisiones en función de su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas y creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12.-Trabajo/realización: Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma; utilizar los recursos de que se dispone para asumir roles, ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13.-Recreación: Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de diversión.

14.-Aprender: Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre su cuerpo, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos.

Postulados

Los postulados se refieren únicamente al concepto de persona, estos pueden tener su origen, en el especial interés de Virginia Henderson por destacar una visión integral del ser humano en contra de la dicotomía cartesiana entre el cuerpo y la mente, dominante en el momento que desarrollo su modelo.

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona requiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.

Valores

Estos hacen referencia exclusivamente al papel de la enfermera, esto se cree que se debe a que Virginia Henderson fue una de las primeras teóricas que, después

de Florencia Nightingale, intento marcar los límites que separaban las áreas de competencia medica y de enfermería.

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera de la enfermera, un servicio especial que ningún otro profesional le puede brindar

Principales supuestos

Enfermería

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan.
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisiciones de equipo y mantenimiento.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Afirmaciones teóricas

Relación enfermera – paciente

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- **La enfermera como sustituta del paciente:** Esta se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La enfermera como auxiliar del paciente:** Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que se recupere su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente:** La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

- La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

- La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Metodológico

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.⁸

⁸ José Dueñas F. 2001 *Virginia Henderson* España disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>, consultado el 09/feb/2010

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Yessica SA de 30 años con antecedentes gineco-obstétricos de Menarca a los 11 años, regular 5 días cada 28, Inicia Vida Sexual activa 16 años, ha tenido 3 parejas sexuales, gestas 4, parto 1 hace once años de un recién nacido masculino que peso 2900Kg, 2 cesáreas (Cesárea 1 fue hace 14 años de un Recién nacido femenino de 2700kg, Cesárea 2 fue hace 2 años de femenino que nació a las 24 Semanas de gestación + Rotura prematura de membranas, la cual murió por la prematuridad), Pos operada de cerclaje cervical a las 18 Semanas de gestación retiro del mismo el día 21/ene/2010 por comprometer la integridad del cérvix.

Actualmente cursa con embarazo de 34.3 Semanas de gestación, acudiendo el día 25 de enero a las 10:18 am, por salida de liquido amniótico de forma espontanea en gran cantidad, refiere similitud con orina en las características grumoso, claro, no fétido, olor suigenesis, desde las 8 am, así como dolor tipo cólico sin otro compromiso.

Ingresa alerta, cooperadora con tensión arterial 120/70 FC 84 frecuencia respiratoria de 22, con tórax sin compromiso cardiopulmonar, con abdomen globoso a expensas de útero grávido con fondo uterino de 30cm, presentación cefálica, longitudinal, dorso a la derecha con frecuencia cardiaca fetal de 125 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto. Al tacto vaginal se encuentra cérvix posterior con 2cm de dilatación 30% de borramiento con amnios roto y salida de liquido claro con grumos, extremidades con edema moderado, la programan para cesárea en el turno vespertino, al cumplir las horas

de ayuno, informándose a pediatría por antecedentes de nacimiento de dos
Recién nacidos prematuros.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD	MANIFESTACIÓN
1.-Oxigenación	Sin alteración
2.-Nutrición/hidratación	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
3.-Eliminación	Sin alteraciones
4.-Movilidad y una buena postura	Deterioro de la movilidad física
5.-Reposo/sueño	Alteración del patrón del sueño, fatiga
6.-Vestirse	Incapacidad para vestirse
7.-Termoregulación	Riesgo de desequilibrio de temperatura corporal
8.-Higiene	Deterioro de la integridad tisular
9.-Seguridad	Riesgo de infección, ansiedad, temor, dolor agudo, duelo anticipado
10.-Comunicación	Disposición para mejorar la comunicación
11.- Religión/creencias	Sufrimiento espiritual
12.-Trabajo/realización	Riesgo de autoestima baja
13.-Recreación	Déficit de actividades recreativas
14.-Aprender	Déficit de conocimiento

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Nutrición/hidratación:

- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con procedimiento quirúrgico (cesárea) (0025)

Movilidad y una buena postura:

- Deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción de restricción de movimientos manifestado por limitación de la amplitud de los movimientos. (00085)

Reposo/sueño:

- Deprivación de sueño relacionado con malestar prolongado manifestado por cansancio, fatiga y ansiedad (0096)
- Fatiga relacionado con embarazo (trabajo de parto) manifestado por aumento de quejas físicas y falta de energía (00093)

Vestirse y elegir ropa adecuada:

- Incapacidad para vestirse relacionado con malestar, dolor manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa necesaria. (00109)

Temperatura

- Riesgo de desequilibrio de temperatura corporal relacionado con traumatismo provocado por rotura prematura de membranas, que afecta a la regulación de la temperatura.(0005)

Higiene/piel

- Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por alteración de la superficie de la piel (00044)

Evitar peligros:

- Duelo anticipado relacionado con estado de salud actual manifestado con expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial (00136)
- Riesgo de infección relacionado con rotura de las membranas amnióticas (00004)
- Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado con expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimiento vitales, aprensión y tensión facial.(00146)
- Temor relacionado con separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante manifestado por informe de sentirse asustado y aumento del estado de alerta (00148)
- Riesgo de contaminación relacionado con edad gestacional durante la gestación.(00180)

- Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas del trabajo de parto manifestado por informe verbal o codificado y conducta expresiva(00132)

Comunicación:

- Disposición para mejorar la comunicación manifestado por la expresión de pensamientos y sentimientos(00157)

Religión/creencias:

- Sufrimiento espiritual relacionado con la complicación del embarazo manifestado con la expresión de sentirse abandonada por Dios(00066)

Trabajo/realización

- Riesgo de deterioro parental relacionado con nacimiento prematuro, falta de conocimiento sobre el mantenimiento de la salud del niño. (0057)
- Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con enfermedad física (001209)

Recreación:

Déficit de actividades recreativas relacionadas con entorno desprovisto de actividades lúdicas manifestado por la imposibilidad de realizar los pasatiempos habituales en el hospital (00097)

Aprender:

- Conocimiento deficiente del proceso de la enfermedad relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por verbalización del problema (00126)⁹

⁹ NANDA-1.DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2007-2008 De Elsevier 2008

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Necesidad 2: Hidratación

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Diagnóstico

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con procedimiento quirúrgico (cesárea) (0025)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención

❖ Punción intravenosa (4190)

Actividades:

- Verificar el orden de la terapia intravenosa
- Instruir al paciente acerca del procedimiento

- Realizar una técnica aséptica estricta de instalación de un acceso venoso periférico
- Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento o solución antiséptica
- Pedir a la paciente que se mantenga quieto mientras se realiza la venopunción
- Proporcionar apoyo emocional
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunción
- Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y la duración de uso
- Ordenar a la paciente que mantenga la extremidad inferior por debajo del nivel del corazón
- Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del hospital
- Insertar la aguja de acuerdo con las instrucciones del procedimiento.
- Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema
- Retirar el torniquete lo antes posible
- Fijar el catéter firmemente sin dañar la piel de la paciente.
- Conectar el catéter al sistema intravenoso
- Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción intravenosa
- Etiquetar el apósito del sitio intravenosa
- Llevar a cabo las precauciones universales.
- Registrar el procedimiento realizado

Intervención

- ❖ Terapia intravenosa (4200)

Actividades:

- Verificar la orden de la terapia intravenosa
- Instruir al paciente acerca del procedimiento
- Realizar una técnica aséptica estricta
- Examinar tipo, cantidad y carácter de solución, y que no haya daños en el envase
- Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia)
- Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión
- Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas
- Realizar comprobaciones del sitio de punción intravenosa regularmente
- Vigilar los signos vitales
- Registrar los ingresos y egresos
- Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales
- Documentar la terapia prescrita según el protocolo del hospital
- Mantener las precauciones universales.

NOC (Resultados)

- Hidratación (0602)

Indicador:

(060202) Membranas mucosas húmedas

- 1= Gravemente comprometido
- 2= Sustancialmente comprometido
- 3= Moderadamente comprometido
- 4= Levemente comprometido

5=No comprometido

Indicador:

(060205) Sed

- 1= Grave
- 2=Sustancial
- 3=Moderado
- 4=Leve

5=Ninguno

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención:

- ❖ Manejo de líquidos (4120)

Actividades:

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación
- Vigilar el estado de hidratación(membranas, mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso
- Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos
- Administrar líquidos
- Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos, para transfusión si fuera necesario

NOC (Resultados)

- Equilibrio hídrico (0601)

Indicador

(060107) Entrada y salidas diarias equilibradas

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5=No comprometido

Necesidad 4: Movilidad

Dominio 4: actividad y reposo

Clase 2: actividad y ejercicio

Diagnóstico

Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de las contracciones uterinas y la prescripción de restricción de movimientos manifestado por limitación de la amplitud de los movimientos. (00085)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención:

- ❖ Cuidados del paciente encamado (0740)

Actividades:

- Explicar las razones del reposo en cama
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano
- Vigilar el estado de la piel

Intervención:

- ❖ Supresión de las contracciones (de parto) (6860)

Actividades:

- Revisar el historial para determinar los factores de riesgo comúnmente relacionados con el parto prematuro (embarazo múltiple, anomalías uterinas, historial previos de nacimientos prematuros, cambio cervical precoz e irritabilidad uterina)
- Determinar la edad fetal en función del último periodo menstrual, medición del fondo uterino, fecha de inicio de movimientos del feto y fecha de tonos cardiacos audibles.
- Preguntar acerca de la aparición y duración de los síntomas de dolores prematuros
- Preguntar sobre las actividades presentes a la aparición de los síntomas de dolores prematuros
- Determinar el estado de las membranas amnióticas
- Palpar la posición, estado y presentación fetal
- Obtener una muestra para cultivo de orina y cérvix
- Registrar la actividad uterina mediante la palpación, así como por medio de monitorización fetal electrónica
- Colocar a la madre de forma lateral para mejorar la perfusión de la placenta

- Comentar el reposo y los límites de la actividad durante la fase aguda de la supresión de las contracciones de parto.
- Iniciar la hidratación intravenosa
- Tomar nota de las contracciones al uso de tocolíticos
- Vigilar los signos vitales maternos, frecuencia cardiaca y actividad uterina cada 15 minutos durante el inicio de tocolisis
- Observar si se produce efectos secundarios de la terapia con tocolíticos.

NOC (Resultados)

- Posición corporal: auto iniciada (0203)

Indicador:

(020311) De un costado a otro costado

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5=No comprometido

Necesidad: Reposo/sueño

Dominio 4: Actividad y reposo

Clase 1: Sueño/Reposo

Diagnóstico

Depravación de sueño relacionado con malestar prolongado manifestado por cansancio fatiga y ansiedad (0096)

NIC (Intervenciones de enfermería)

Intervención:

❖ Mejorar el sueño (1850)

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño/vigilia de la paciente
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial
- Enseñar a la paciente a controlar las pautas de sueño
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño en el hospital
- Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño de la paciente
- Comprobar el esquema de sueño de la paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor,

molestias y frecuencia urinaria) y /o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño

- Enseñar a la paciente a realizar una relajación muscular auto gónica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño
- Fomentar el aumento de las horas de sueño
- Disponer y llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/vigilia de la paciente
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.

NOC (Resultados)

▲ Sueño (0004)

Indicador:

000402 Horas del sueño cumplidas

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5=No comprometido

Necesidad 4: Reposo/sueño

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 3: Equilibrio de la energía

Diagnóstico

Fatiga relacionado con embarazo (trabajo de parto) manifestado por aumento de quejas físicas y falta de energía (00093)

NIC (Intervenciones de enfermería)

Indicador:

- ❖ Manejo de la energía (0180)

Actividades:

- Determinar las limitaciones físicas de la paciente
- Determinar la causa de fatiga
- Reducir los estímulos ambientales (luz y ruido) para favorecer la relajación
- Animar a la paciente a que se relaje y respire profundamente

NOC (Resultados)

- Conservación de la energía (0002)

Indicador:

(000202) siestas

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Necesidad: Vestirse y elegir ropa adecuada

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 5: Autocuidado

Diagnóstico

Incapacidad para vestirse relacionado con malestar, dolor manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa necesaria

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención

❖ Vestir (1630)

Actividades:

- Identificar las áreas en las que la paciente necesita ayuda para vestirse
- Observar la capacidad de la paciente para vestirse
- Proporcionar asistencia hasta que la paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí misma.

NOC (Resultados)

▲ Autocuidado: vestir (0302)

Indicador

(030204)Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5=No comprometido

Necesidad: Temperatura

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 6: Termorregulación

Diagnóstico

Riesgo de desequilibrio de temperatura corporal relacionado con traumatismo provocado por rotura prematura de membranas, que afecta a la regulación de la temperatura. (0005)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención

Monitorización de signos vitales (6680)

Actividades

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
- Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíaca

NOC (Resultados)

- ▲ Estado inmune (0702)

Indicador

(070207)Temperatura

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5=No comprometido

Necesidad: Higiene/piel

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico

Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por alteración de la superficie de la piel (00044)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención

- ❖ Vigilancia de la piel (6653)

Actividades

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera
 - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas
 - Registrar el grado de afectación de la piel
-
- ❖ Cuidados del sitio de incisión (3440)
 - Explicar el procedimiento a la paciente mediante a la preparación sensorial
 - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación.

- Registrar las características del sitio de incisión
- Limpiar la zona del sitio de incisión con solución aséptica
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión
- Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje y apósitos

NOC (Resultados)

- Integridad tisular (1101)

Indicador:

(11019) Lesiones cutáneas

1= grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= ninguno

(110111) perfusión tisular

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

5=No comprometido

Necesidad: Seguridad

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

Diagnóstico

Riesgo de infección relacionado con rotura de las membranas amnióticas (00004)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención

- ❖ Protección contra las infecciones (6550)

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones
- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo
- Proporcionar cuidados a la piel en zonas edematosas
- Obtener muestra para realizar un cultivo

NOC (Resultados)

- Control del riesgo (1902)

Indicador:

Reconoce factores de riesgo (19021)

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= a veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

- Detección del riesgo (1908)

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= a veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Necesidad: Seguridad

Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

Diagnóstico

Duelo anticipado relacionado con estado de salud actual manifestado con expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial (00136)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención:

- ❖ Apoyo emocional (5270)

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con la paciente
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
- Proporcionar apoyo
- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Escuchar las experiencias de sentimientos y creencias
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad

❖ Dar esperanza (5310)

Actividades:

- Informar a la paciente acerca de la situación actual
- Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución del problema de la paciente
- Evitar disfrazar la verdad
- Explicar a la paciente los aspectos positivos de la esperanza

❖ Contacto (5460)

Actividades:

- Observar los tabúes del físico
- Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional
- Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro de la paciente.

NOC (Resultados)

➤ Afrontamiento del problema (1302)

Indicador:

(130204) Refiere disminución del estrés

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= a veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

(130205) Verbaliza aceptación de la situación

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= a veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

(130217) Refiere disminución de sentimientos negativos

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= a veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Necesidad: Seguridad

Dominio9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

Diagnóstico

Ansiedad relacionada con en el estado de salud manifestado con expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimiento vitales y aprensión (00146)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención

- ❖ Aumentar el afrontamiento (5230)

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
- Disponer un ambiente de aceptación
- Ayudar al paciente e identificar la información que más interese obtener
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado, depresión)
- Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

❖ Disminución de la ansiedad (58020)

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre una situación estresante
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles situaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

NOC (Resultados)

- Afrontamiento de problemas (1302)

Indicador

(1302) Verbaliza sensación de control

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

- Nivel de ansiedad (1211)

Indicador

(1211) Nivel de ansiedad

1= grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= ninguno

Necesidad: Seguridad

Dominio9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Diagnóstico

Temor relacionado con separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante manifestado por informe de sentirse asustado (00148)

NIC (Intervención de enfermería)

Indicador

- ❖ Apoyo emocional (5270)

Actividades

- Comentar la experiencia emocional de la paciente
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
- Abrazar o tocar a la paciente para proporcionar apoyo
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuado
- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos como de ansiedad, ira o tristeza

- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Favorecer la conversación o llanto con medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad
- Remitir a servicios de asesoramiento, si es preciso.

❖ Potenciación de la seguridad (5380)

Actividades:

- Mostrar calma
- Permanecer con la paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad
- Discutir los cambios que se avecinen antes del suceso
- Escuchar los miedos de la paciente
- Explicar a la paciente todas las pruebas y procedimientos
- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera
- Ayudar al paciente a identificar los factores que aumente el sentido de seguridad.

NOC (Resultados)

➤ Nivel del miedo (1210)

Indicadores:

(121014) Preocupación por sucesos vitales

1= Grave

2= sustancial

3= Moderado

4=Leve

5=Ninguno

(121015) Preocupación por la fuente del miedo

1= Grave

2= sustancial

3= Moderado

4=Leve

5=Ninguno

(121031) Temor verbalizado

1= Grave

2= sustancial

3= Moderado

4=Leve

5=Ninguno

Necesidad: Seguridad

Dominio 12 Confort

Clase 1 Confort físico

Diagnóstico

Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas del trabajo de parto manifestado por informe verbal o codificado y conducta expresiva. (00132)

NIC (Intervención de enfermería)

- ❖ Administración de analgésico: intraespinal (2214)

Actividades:

- Comprobar la abertura y funcionamiento del catéter
- Etiquetar el catéter y fijarlo adecuadamente
- Asegurarse la disponibilidad de antagonistas del narcótico para administración de emergencia y administrar según la orden del médico, si es necesario.
- Comenzar la administración del agente analgésico después de que se ha comprobado la correcta colocación del catéter y controlar flujo para asegurar el aporte de la dosis prescrita de la medicación.
- Aumentar la dosis epidural, en función de la intensidad del dolor

- Extraer o ayudar en la extracción del catéter de acuerdo con el propósito de la institución.

❖ Manejo ambiental: confort (6482)

Actividades:

- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Proporcionar una cama limpia y cómoda
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad

NOC (Resultados)

➤ 2102 Nivel del dolor

Indicador

(210201) Dolor referido

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

(210206) Expresiones faciales del dolor

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

NOC (Resultados)

➤ 1605 Control del dolor

Indicador:

(160501) Reconoce factores causales

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= a veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Necesidad: Comunicación

Dominio 5: Percepción cognición

Clase 5: Comunicación

Diagnóstico

Disposición para mejorar la comunicación manifestado por la expresión de pensamientos y sentimientos (00157)

NIC (Intervenciones de enfermería)

Intervención:

- ❖ Presencia (5340)

Actividades:

- Mostrar una actitud de empatía
- Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que esta pasando la paciente
- Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente
- Establecer una consideración de confianza y positiva
- Escuchar las preocupaciones de la paciente
- Establecer contacto físico con la paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno

- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda
- Ayudar a la paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes
- Permanecer con la paciente para fomentar seguridad y reducir miedos
- Permanecer con la paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad.

NOC (Resultados)

➤ **Comunicación (0902)**

Indicador:

Reconoce los mensajes recibidos (090206)

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4=Levemente comprometido

5= No comprometido

Necesidad: Religión/creencias

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores Creencias /Congruencia de la acción

Diagnóstico

Sufrimiento espiritual relacionado con la complicación del embarazo manifestado con la expresión de sentirse abandonada por dios (00066)

NIC (Intervenciones de enfermería)

Intervención:

- ❖ Apoyo espiritual (5420)

Actividades

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía
- Animar a la paciente a revisar momentos del pasado y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual
- Tratar a la paciente con dignidad y respeto
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para las actividades espirituales
- Enseñar métodos de relajación meditación e imaginación guiada
- Compartir la propia perspectiva espiritual, si procede

- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo
- Estar dispuesto a escuchar las necesidades de la paciente

❖ Dar esperanza (5310)

Actividades:

- Ayudar a la paciente a identificar las áreas de esperanza de la vida
- Mostrar esperanza reconociendo y viendo a la complicación de su embarazo como una faceta de la persona
- Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente
- Ayudar a la paciente a expandir su yo espiritual
- Evitar disfrazar la verdad

NOC (Resultados)

➤ Salud espiritual (2001)

Indicador:

Expresión de esperanza (200102)

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

3= Moderadamente comprometido

4=Levemente comprometido

5= No comprometido

Necesidad: Trabajar y realizarse

Dominio 6: Auto percepción

Clase 2: Autoestima

Diagnóstico

Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con enfermedad física (001209)

NIC (Intervenciones de enfermería)

Intervención:

- ❖ Apoyo emocional (5270)

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con la paciente
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencia
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional

- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

❖ Asesoramiento (1330)

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad
- Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad
- Proporcionar información objetiva a según sea necesario y si procede
- Favorecer la expresión de sentimientos

NOC (Resultados)

➤ Afrontamiento de problemas (1302)

Indicador:

Refiere disminución del estrés (130204)

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Indicador

Busca información sobre la enfermedad y el tratamiento (13020)

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Necesidad: Trabajar y realizarse

Dominio 7: Rool/relaciones

Clase 1: Roles de cuidador

Diagnóstico:

Riesgo de deterioro parental relacionado con nacimiento prematuro, falta de conocimiento sobre el mantenimiento de la salud del niño. (0057)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención:

Educación paterna: niño (5568)

Actividades:

- Observar las necesidades de aprendizaje de la familia
- Proporcionar consejos acerca de los cambios en el desarrollo durante los primeros años de vida
- Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido
- Dar información a los padres sobre los chupetes
- Mostrar como los padres pueden estimular el desarrollo del bebe
- Animar a los padres a proporcionar estimulación auditiva y visual agradable
- Proporcionar a los padres material escrito adecuado para identificar necesidades de conocimiento

- Proporcionar apoyo a los padres durante el aprendizaje de las habilidades de atención de los bebés
- Demostrar técnicas para tranquilizar
- Observar la habilidad del padre para reconocer las necesidades fisiológicas del bebé.

NOC (Resultados)

- ▲ Conocimiento: cuidados del lactante (1819)

Indicador

(181920) Descripción de los métodos de estimulación para el lactante

1= Ninguno

2=escaso

3= Moderado

4=Sustancial

5=Extenso

Necesidad: Recreación

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Diagnóstico

Déficit de actividades recreativas relacionadas con entorno desprovisto de actividades lúdicas manifestado por la imposibilidad de realizar los pasatiempos habituales en el hospital (00097)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención:

❖ Musicoterapia (4400)

Actividades:

- Definir el cambio de conducta específico que se desea (relajación)
- Determinar el interés de la paciente por la música
- Identificar las preferencias musicales de la paciente
- Ayudar a la paciente a adoptar una posición cómoda
- Evitar dejar la música puesta durante largos periodos.

NOC (Resultados)

- Participación en actividades de ocio (1604)

Indicador:

Refiere relajación con la actividad de ocio (160404)

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= A veces demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

Necesidad: Aprendizaje

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Diagnóstico

Conocimiento deficiente del proceso de la enfermedad relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por verbalización del problema (00126)

NIC (Intervención de enfermería)

Intervención:

- ❖ Enseñanza: Proceso de enfermedad (5602)

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de la enfermedad específico
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Revisar el conocimiento de la paciente sobre su estado
- Describir signos y síntomas comunes en la enfermedad
- Identificar las etiologías posibles
- Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad

- Identificar cambios sobre el estado de la paciente
- Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del paciente
- Discutir las opciones de tratamiento
- Describir las posibles complicaciones

Intervención:

- ❖ Enseñanza: Procedimiento/tratamiento (5618)

Actividades

- Informar a la paciente acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento
- Informar a la paciente acerca de la duración esperada del procedimiento
- Reforzar la confianza de la paciente en el personal involucrado
- Explicar el propósito del procedimiento
- Describir las actividades del procedimiento
- Explicar el procedimiento y tratamiento
- Obtener y ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento y tratamiento de acuerdo con la política del hospital
- Presentar a la paciente el personal involucrado en el procedimiento
- Informar a la paciente sobre la forma en que puede ayudar a la recuperación
- Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes

Intervención:

- ❖ Facilitar el aprendizaje (5520)

Actividades:

- Ajustar la información al nivel de conocimientos y comprensión del paciente
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo
- Establecer la información en una secuencia lógica
- Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta
- Proporcionar información acorde a la posición de control de la paciente.
- Utilizar lenguaje familiar
- Definir la terminología que no es familiar
- Repetir la información importante

NOC (Resultados)

- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)

Indicador:

(180302) Descripción del proceso de la enfermedad

1= Ninguno

2= Escaso

3= Moderado

4= Sustancial

5= Extenso

(180302) Descripción de los factores de riesgo

1= Ninguno

2= Escaso

3= Moderado

4= Sustancial

5= Extenso

(180309) Descripción de las complicaciones

1= Ninguno

2= Escaso

3= Moderado

4= Sustancial

5= Extenso

CONCLUSIONES

Conforme fui elaborando paso a paso el caso clínico, identifiqué la importancia que tiene como herramienta metodológica de la enfermería y que asegura dar una atención de calidad en todos los cuidados que ofrecemos diariamente.

Durante la elaboración del caso clínico detecté que la paciente presentaba una angustia sobre la evolución de su embarazo y una notable deficiencia de su auto cuidado, por lo que se estableció una plática constante sobre esos temas, hasta la aclaración total de las dudas de la embarazada y su pareja.

De manera general concluyo que mis objetivos se cumplieron en su totalidad, acorde a las necesidades de la paciente.

Es muy importante que enfermería aplique el proceso enfermero con habilidad cuando administra el cuidado, para promover los mejores resultados. Los cuidados deben ser individualizados de acuerdo a las necesidades que requiera cada persona, debemos proveer el cuidado a la salud, identificar los factores de riesgo para eliminarlos o controlarlos. Para llevar a cabo todo esto que conlleva la función de la enfermería que es el cuidado, tenemos que dejar desviarnos a realizar actividades que no corresponden a nuestra profesión, que desde tiempo atrás hemos venido realizando, dejando a un lado nuestra razón de ser, que es el cuidado del paciente.

PROPUESTA

Acuerdo a la gran incidencia de prematuridad y de infecciones maternas por una ruptura prematura de membranas, estoy en la mejor disposición de participar en la realización de un protocolo de cuidados de enfermería, para llevarlo a la práctica y realizar las intervenciones en la fase latente de esta complicación en el embarazo, para reducir al máximo los riesgos.

PLAN DE ALTA

Brindar información sobre medidas higiénico-dietéticas:

- Educar sobre higiene correcta de la herida quirúrgica
- use ropa interior de algodón y no use pantalones ajustados
- Se promoverá un régimen lacto-vegetariano rico en fibras y con abundante ingesta de líquidos (3 lts diarios)

Informar sobre la vigilancia de la obstrucción tubarica bilateral:

Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primera semana post cirugía, para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- sintomatología urinaria.
- dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- hemorragia en la herida quirúrgica.
- fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuara toma de muestra para citología cérvico - vaginal (Papanicolaou).

Proporcionar información sobre las características de los loquios acorde al tiempo que transcurra, así como las señales de alarma: Dolor pélvico, olor fétido de loquios, fiebre.

Educación sobre los cuidados domiciliarios a un recién nacido prematuro, haciendo énfasis en la lactancia materna.

GLOSARIO

Amniocentesis: Prueba prenatal para detectar defectos congénitos

Cordocentesis: Consiste en extraer sangre fetal por la punción del cordón umbilical

Corioamnioinitis: Infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico

Desproporción céfalo pélvico: Incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis materna

Embarazo de término: Gestación de las 37 semana hasta las 40semanas

Fortuito: evento que, a pesar de que se pudo prever, no se podía evitar

Gestas: Número de embarazos que la paciente ha tenido

Inducto conducción: Es la estimulación de las contracciones uterinas antes de que se desencadene el trabajo de parto

Quimiotaxis: es el desplazamiento que realizan las células móviles en el medio líquido en el que se encuentran, a favor o en contra de un gradiente químico.

Macrosómico: se lo define como grande para su edad gestacional o feto cuyo peso al nacer es mayor o igual a 4.000 gramos

Menarca: Primera menstruación de una adolescente

Polihidroamnios: presencia excesiva o aumento de líquido amniótico

Pre termino: de las 22 Semanas de gestación hasta antes de las 37 SDG

BIBLIOGRAFÍA

Cabero R. 2005 *Ruptura prematura de membranas* Guías diagnósticas de ginecología y obstetricia, disponible en: www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/.../06ruptura_prematura.pdf - consultado el 27/ene/2010 17:00hr

Dueñas J. 2001 *Proceso de atención de enfermería* España, disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Consultado el 09/feb/2010

Echeverri E., Vélez P. 2005 *La enfermería, una profesión de servicio*, disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm> consultado el 03 de febrero 2010

Henderson, V. 1978 *The concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing*.

López O.F., Ordoñez S., 2006 *Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología a los marcadores tempranos de la enfermedad*. Revista colombiana de obstetricia y ginecología Vol 57 No4 2006 pp. 281279-290, disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000400007&script=sci_arttext consultado el 27/ene/2010

Mondragón C. H. 1995 *obstetricia básica ilustrada* México, Editorial Trillas 2da.Ed Reimp.

McCloskey D. 2005 *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* Editorial Elsevier 4ta Ed. España

Moorhead S. Jhonson M. 2005 *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* Editorial Elsevier 3ra. Ed. España

ANEXOS

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

CONCEPTO

Es la pérdida de la continuidad de las membranas corio-amnióticas antes del inicio del trabajo de parto, independientemente que se produzca antes del término, a término o después de término.¹⁰

CLASIFICACIÓN.

Se clasifica en artificial y espontánea, también puede ser alta cuando se realiza por arriba del orificio cervical interno, o baja si la ruptura sucede en la luz del mismo.

Así también puede ser completa cuando tanto el amnios como el corion se rompen en el mismo sitio, e incompleta si el amnios se rompe por arriba del orificio interno y el corion en la luz del mismo.

EPIDEMIOLOGÍA

- Incidencia: 5-15% (en general)
- Embarazos de término: 10%
- Embarazos pretérmino: 2 -3.5%
- 20% de mortalidad perinatal

¹⁰ Cabero R. Guías diagnósticas de ginecología y obstetricia, Ruptura prematura de membranas, consultado el 27 enero 2010, www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/.../06ruptura_prematura.pdf -

Ocurre entre el 7 y 12% de todos los embarazos

ETIOLOGIA

La causa de la ruptura prematura de membranas se desconoce .En ocasiones es secundaria a múltiples factores tanto externos como internos

- Factores externos:
 - Infecciones
 - Infestaciones
 - Traumatismos

- Factores internos:
 - Insuficiencia del cérvix
 - Dilatación prematura del cérvix
 - Distensión del segmento
 - Desproporción cefalopelvica
 - Presentaciones anormales

- Factores propios de las membranas:
 - Adelgazamiento
 - Poca elasticidad¹¹

¹¹ Héctor Mondragón castro, obstetricia básica ilustrada pag 444, segunda reimpresión México Trillas 1995

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL ORGANO AFECTADO

ESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS AMNIÓTICAS.

El feto se encuentra dentro del útero rodeado de un líquido claro y ligeramente amarillento que está contenido dentro del saco amniótico, Durante el embarazo dicho líquido amniótico aumenta en volumen a medida que el feto crece. Este volumen alcanza su punto máximo aproximadamente en la semana 34 de gestación, cuando llega al promedio de 600ml de líquido amniótico rodean al feto de término. El feto hace circular constantemente este líquido al tragarlo y reemplazarlo a través de la exhalación y la micción. El líquido amniótico cumple numerosas funciones para el feto: protección de las lesiones externas al amortiguar golpes o movimientos súbitos, permitir su libre movimiento y desarrollo músculo-esquelético simétrico mantener una temperatura relativamente constante como protección de la pérdida de calor y por último permite el desarrollo apropiado de los pulmones.

Las membranas fetales estructuralmente presentan dos capas conocidas y diferenciadas histológicamente como corion y amnios, las cuales pueden a su vez estratificarse en distintas láminas.

El amnios está compuesto por cinco láminas distintas la más cercana al feto es el epitelio amniótico, cuyas células secretan colágeno tipo III, tipo IV y proteoglicanos(lamina, fibronectina entre otros) que luego confluirán para conformar la segunda lámina compacta, compuesta por tejido conectivo, la cual se puede considerar como el esqueleto fibroso principal del amnios. Luego se encuentra la lámina fibroblástica en donde se observan macrófagos envueltos de una matriz extracelular y células mesenquimales que son responsables de la secreción del colágeno encontrado en la lámina inmediatamente anterior. Por último se encuentra la lámina intermedia o esponjosa, conocida así debido a su apariencia, la cual limita al amnios y el corion. Esta lámina posee gran cantidad de colágeno tipo III y proteoglicanos hidratados lo que confiere su aspecto característicos, su función principal es absorber el estrés físico, permitiendo que el

amnios se deslice suavemente sobre el corion subyacente. Mientras que el corion es más grueso que el amnios, este último posee una mayor fuerza tensil¹².

FISIOPATOLOGÍA

La ruptura de la membrana fetal durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada de éstas debido a las contracciones uterinas y al estiramiento repetido. Se ha encontrado disminución de la fuerza tensil de las membranas luego del trabajo de parto, comparados con aquellas que terminan en cesárea.

En la RPM ha sido más difícil establecer debilidad en las membranas fetales cuando ésta ocurre, al compararlas con membranas que fueron rotas artificialmente durante el trabajo de parto¹³

La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y la presencia de dispositivos Intrauterinos (DIU). En algunos casos, la ruptura se puede curar espontáneamente, pero en la mayoría de los casos de RPM, el trabajo de parto comienza en las primeras 48 horas. Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido.

La etiología de la RPM es desconocida en la mayoría de los casos. Sin embargo, se han identificado varias condiciones pre disponente:

¹² Lopez O.FA., Ordoñez S.SA, Revista colombiana de obstetricia y ginecología Vol 57 No4 2006 pp281279-290 Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología a los marcadores tempranos de la enfermedad pp 281. Consultado el 27/ene/2010, http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000400007&script=sci_arttext

¹³ IBIDEM pp 282

1. *Alteración de las propiedades físicas de las membranas.* El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la integridad de la membrana corio amniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y antiproteasa. La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con RPM son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica. Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con RPM. Además, se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas.
2. *Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.* La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvico vaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares. Los gérmenes pueden alcanzar el líquido amniótico estando las membranas ovulares rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del líquido amniótico al deprimirse su actividad bacteriostática. La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematógena (transparentaría), canalicular (tubarica) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis [AMCT], cordocentesis, transfusiones intrauterinas). Diferentes autores han señalado que el LA tiene actividad bacteriostática, la que se encuentra disminuida en pacientes con RPM e infección intramniótica, pudiendo constituir éste un factor primario pre disponente a la colonización bacteriana. Evidencias estadísticas demuestran una relación entre RPM y coito previo (hasta las 4 semanas

precedentes). Lavery y Miller plantearon que el líquido seminal disminuye la resistencia de las membranas por acción prostaglandínica, colagenolítica y por adhesión de bacterias al espermio que transportaría a los gérmenes a través del canal endo cervical.

3. *Condiciones clínicas asociadas:* La mayoría de las "condiciones asociadas a la RPM" determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares. Ellas son: Polihidroamnios, Embarazo gemelar, Malformaciones uterinas, Tumores uterinos

En el caso de incompetencia cervical, la exposición de las membranas a la flora vaginal y la reacción de tipo cuerpo extraño generada por el material de sutura utilizado en su tratamiento, pueden favorecer la rotura ovular. Mecanismos similares explicarían el accidente en casos de embarazos con dispositivo intrauterino.

El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimiotaxis de neutrófilos que secretan elastasa. Inactivaría además la A1AT, fenómeno cuya intensidad se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos fumados. En un estudio colaborativo prospectivo, Naeye observó 10.460 pacientes en las cuales RPM se produjo con una frecuencia tres veces mayor en fumadoras respecto de no fumadoras.¹⁴

CUADRO CLÍNICO

Se manifiesta por la aparición brusca y espontánea de líquido amniótico por los genitales, que sale en forma intermitente.

¹⁴ López O.FA., Ordoñez S.SA, Revista colombiana de obstetricia y ginecología Vol 57 No4 2006 pp281279-290 Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología a los marcadores tempranos de la enfermedad. Consultado el 27/ene/2010, http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000400007&script=sci_arttext

Durante la exploración se puede encontrar:

- Vagina húmeda
- Salida de líquido a través del cérvix
- Acumulación del líquido amniótico en el fondo del saco posterior
- Salida de líquido por los genitales al presionar el fondo uterino, hacer esfuerzo la paciente o rechazar la presentación ligeramente.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la ruptura prematura de membranas consiste en:

1. Modificar el periodo de latencia por:
 - a) Inducto conducción del trabajo de parto en caso de presentación cefálica con cérvix favorable
 - b) Operación cesárea en caso de presentaciones anormales o condiciones cervicales favorables

El tratamiento anterior activo se emplea también en caso de productos prematuros, ya que el riesgo de infección intrauterina es muy elevado.

El manejo conservador no garantiza lograr un aumento ponderal significativo del producto

2. Tomar las siguientes medidas preventivas:
 - a) Limitar al máximo los tactos vaginales
 - b) Empezar a emplear antibióticos si el parto no ocurre antes de las primeras 6 horas, para disminuir la morbilidad posparto o infección
 - c) Administrar cortico esteroides a la madre en embarazos menos de 32 semanas, para favorecer la madurez pulmonar del producto
 - d) Administrar antibióticos al recién nacido y a la madre durante el puerperio inmediato.

INCOMPETENCIA ITSMICOCERVICAL

Consiste en la falta de tonicidad de las fibras musculares localizadas en el istmo uterino, que trae como consecuencia el aborto o parto pre termino al no ser capaz de sostener un embarazo de término, puede ser por defecto congénito, fenómeno casi raro o, como ocurre frecuentemente, ser un problema adquirido como consecuencia de situaciones obstétricas:

Legrados uterinos con dilatación cervical brusca, empleando delatadores de grande calibre

Partos fortuitos

Periodo expulsivo brusco no controlado

Parto de producto macrosómico o gemelar

Lesiones cervicales al aplicar fórceps

Cesáreas segmentarías muy bajas

El aborto o parto prematuro ocurre mediante el siguiente mecanismo en la incompetencia ístmico cervical: las fibras musculares del istmo uterino tienen como función primordial sostener el peso del producto y sus anexos ovulares. Cuando estas fibras musculares sufren alguna lesión se tornan incompetentes para sostener ese peso; entonces la presión hidráulica de las membranas dilata paulatinamente el cérvix incompetente hasta que ocurre el parto; el cérvix incompetente favorece la ruptura de las membranas¹⁵

CERCLAJE UTERINO

¹⁵ Héctor Mondragón castro, obstetricia básica ilustrada pag 544, segunda reimpresión México Trillas 1995

Es una intervención que se utiliza para corregir una incompetencia de las fibras musculares del cérvix, consiste en aplicar una cinta fuertemente anudada alrededor o en el espesor del istmo uterino

TECNICA

Con la paciente en posición ginecológica:

1. Realizar asepsia y antisepsia
2. Efectuar sondeo vesical
3. Visualizar ampliamente el cérvix, mediante la aplicación de dos valvas tipo Eastman
4. Tomar la cérvix con una pinza de Foester, colocada en el labio anterior y otra en el posterior
5. Efectuar tracción suave de la cérvix hacia el eje de la vagina
6. Identificar los ligamentos cardinales en ambos lados del istmo cervical
7. Rechazar con suavidad las membranas en caso de que ocupen parte del canal cervical o hagan protrusión hacia el exterior.
8. Aplicar por transfixión la cinta de mersilene con aguja atraumatica a través del ligamento cardinal
9. Efectuar transfixión de cinta utilizando la segunda aguja, para fijar el ligamento opuesto
10. Anudar la cinta fuertemente.¹⁶

¹⁶ IBIDEM pp.560



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
 LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Yesica S. A. UNIDAD: Hospital Naval SERVICIO Tococirugía FECHA: 25 Enero 2010
 CÉDULA _____ GRUPO SANGUINEO A RH: Positivo EDAD: 30 años
 ESTADO CIVIL: Casada OCUPACIÓN: Puericulturista ESCOLARIDAD: Carrera técnica
 DOMICILIO: Nebraska, Col Nápoles Delegación Benito Juárez, México, DF. TELEFONO: 550000000
 LUGAR DE ORIGEN: Distrito Federal SEMANAS DE AMENORREA: 34.3
 FAMILIAR RESPONSABLE: Esposo Alfredo M. R.

NECESIDADES FUNDAMENTALES

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

FRECUENCIA RESPIRATORIA		DISNEA	RINITIS	GRIPE
CIANOSIS BUCAL	22/min	ORTOPNEA	CIANOSIS UNGEAL	ASMA
OTROS	_____			

2.- NECESIDAD DE NUTRICIONALES

PESO ANTES DEL EMBARAZO	66 kg	TALLA:	1.54CM	HEMOGLOBINA	13
HEMATOCRITO	33%	COLESTEROL	130mg/dl	TRIGLICERIDO	200

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL	DIARIO	CADA TERCER DÍA	CARACTERISTICA <u>Normal</u>
USO DE LAXANTES	x		
ELIMINACIÓN VESICAL	HORARIO <u>Cada 1 a 3hr</u>	CARACTERISTICA <u>Normal</u>	

4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO

CARDIACO

FRECUENCIA CARDÍACA	80/min	TENSÓN ARTERIAL	120/70mmHg
ALTERACIONES CARDÍACAS	x	PATOLOGÍA CARDIACA	CARACTERÍSTICAS _____
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	121-150	x	110 Y MENOS 161 Y MÁS
MOTILIDAD FETAL ESPONTANEA	x	MOTILIDAD FETAL CON ESTIMULO	HIPOMOTILIDAD
VALORACIÓN DE LA RESPUESTA FETAL:		REACTIVA	x NO REACTIVA
		BRADICARDIA	TAQUICARDIA
CEREBRAL:			
CEFALEA	TEMBLORES	DEPRESIÓN	ANSIEDAD x INSOMNIO x
NIVEL DE CONCIENCIA:	CONSCIENTE	x SEMICONSCIENTE	INCONSCIENTE
RESPUESTA PUPILAR:	NORMAL	x MIDRIASIS	MIOSIS ANISOCORIA

x

APERTURA DE OJOS: ESPONTANEA CDON ESTÍMULO
 RESPUESTA VERBAL: CONGRUENTE INCONGRUENTE
 RESPUESTA MOTORA: VOLUNTARIA LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES
 PULSO RADIAL: AUSENTE DÉBIL NORMAL FUERTE
 COLOR DE PIEL: PALIDEZ CIANOSIS ICTERICIA RUBOR CLOASMA
 LLENADO CAPILAR: NORMAL DISMINUIDO
 CRECIMIENTO DE MAMAS: TURGENTES PEZÓN DISMINUIDO PEZÓN PLANO
 PEZÓN NORMAL
 CRECIMIENTO UTERINO Normal ALTURA DE FODO UTERINO ACTITUD 30cm ACTITUD Fetal
 PESO FETAL POR VALORACIÓN DE JOHNSON TOSHACH: 2500-3499g 2000-2499g
 3500-3999g MENOS 2000 4000 Y MÁS
 PRESENTACIÓN FETAL Cefálica POSICIÓN FETAL Dorso a la derecha
 SITUACIÓN FETAL Longitudinal PRODUCTO UNICO 2 O MÁS PRODUCTOS

TRABAJO DE PARTO

FECHA Y HORA DE TRABAJO DE PARTO 25/01/2010 12:00hr
 REGISTROS Y SEGUIMIENTO EN PARTOGRAMA:

PARTO ESPONTÁNEO INDUCIDO CONDUCTIVO
 OXITOCINA OXITOCINA Y OTROS
 NACIMIENTO POR CESÁREA: PROGRAMADA URGENCIA
 DILATACIÓN DEL CÉRVIX C/HR: 1-2 3 Y MÁS ESTACIONARIA
 ACTIVIDAD UTERINA CONTRACCIONES:
 FRECUENCIA EN 10 Min. -3 3-4 +5 DURACIÓN SEG. 40-60 61-90 90
 INTENSIDAD: NORMAL BAJA ELEVADA
 TONO: NORMAL HIPOTÓNICO HIPERTÓNICO
 VALORACIÓN DE LA PELVIS ÚTIL DESPROPORCIÓN
 PELVIMETRIA INTERNA: NO SE TOCA PROMOTORIO SE TOCA 2DA SACRA
 SE TOCA PROMOTORIO

VALORACIÓN BISHOP: BISHOP +10 BISHOP 8-10 BISHOP 7- MENOS

FACTOR	0	1	2	3
DILATACIÓN CERVICAL	CERRADO	1-2 cm	3-4cm	5 cm O MÁS
BORRAMIENTO CERVICAL	0-30%	40-50%	60-70%	80 O MÁS
POSICIÓN CERVICAL	POSTERIOR	MEDIA	ANTERIOR	
CONSISTENCIA	FIRME	MODERADO	BLANDO	

CERVICAL				
ALTURA DE LA PRESENTACIÓN FETAL	-3	-2	-1 - 0	+1

PRESENTACIÓN CÉFALICA, VARIEDAD, VÉRTICE, PUNTO TOCONÓMICO, OCCIPUCIO, VARIEDADES POSIBLES:

OCCIPITO ANTERIOR IZQUIERDA OCCIPITO ANTERIR DERECHA
OCCIPITO TRANSVERSA DERECHA OCCIPITO POSTERIOR IZQUIERDA
OCCIPITO POSTERIOR DERECHA OCCIPITO PÚBICO
OCCIPITO SACRA OTRO PUNTO TOCONOMICO
ANLGESIA- ANESTESIA: NINGUNA LOCAL BLOQUEO PERIDURAL GENERAL
MEMBRANAS INTEGRAS ROTAS - 6 HR + 6HR

LÍQUIDO AMNIÓTICO:

CANTIDAD: NORMAL REGULAR POLIHIDRAMNIOS +3000ML OLIGODRAMNIOS -500

COLOR: CLARO x ÁMBAR CON LÍQUIDO PURULENTO
AMARRILLO VERDOSO ROJIZO OLOR SUI GENERIS x
CALIDAD GRUMOSO x EMULSION SIN GRUMOS

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EMPLEO DE FÓRCEPS PROFILÁCTICO
EPISIOTOMÍA DESGARROS TRAUMA FENAL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
PLACENTA INSERTA: NORMAL x BAJA MARGINAL BAJA TOTAL

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMO INSERTA

TIPO ALUMBRAMIENTO: ESPONTÁNEO MANUAL ACRETISMO PLACENTARIO
CESAREA x INCOMPLETA COMPLETA x

PLACENTA PESO -500Mg PESO PROMEDIO 500Mg x +500Mg
INFARTOS AISLADOS MÚLTIPLES NUMERO DE COTILEDONES 15

CORDÓN POSICIÓN: NORMAL x CIRCULAR LAXA CIRCULAR APRETADA
CARACTERISTICAS DEL CORDÓN UMBILICAL: LONGITUD -30cm 31-60cm x +60cmIVA

HEMORRAGIA EN EL ALUMBRAMIENTO NORMAL EXCESIVA
SANGRADO TRANSVAGINAL: NORMAL 500ml x MODERADO 300-400ml SEVERO +300

5.- NECESIDAD DE DESCANSO

REPOSO 3 horas RECUPERACIÓN POST ANESTESICA 1 hora

6.- NECESIDAD DE HIGIENE

BAÑO: FRECUENCIA Diario ASEO PARCIAL Lavado de cara 2 veces al día
CAMBIO DE ROPA TOTAL 1 ves al día CAMBIO DE ROPA PARCIAL 1 ves al día

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

TEMPERATURA CORPORAL: 36-37 x MENOS DE 36 MAYOR DE 37

8.-NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL

EPISIOTOMÍAS NÚMERO MOTIVO FECHA DE LA MÁS RECIENTE Hace 11 años

OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

1ra cesárea hace 14 años, 2da cesárea hace dos años (finado) cerclaje cervical el 28-10-09, retirado el 21-01-10

9.- NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

0

x

GRUPO SANGUINEO DEL PADRE FACTOR SANGUINEO DEL PADRE: POSITIVO NEGATIVO

PATOLOGÍAS

DIABETES NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA INSULINO DEPENDIEN

HIPOGLUCEMIANTES

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA

MEDICAMENTO

CARDIOPATÍA: NO SI CONTROLADA DESCONTROLADA MEDICAMENTO

NEFROPATÍA: NO SI CONTROLADA DESCONTROLADA MEDICAMENTO

EPILEPSIA: NO SI CONTROLADA DESCONTROLADA MEDICAMENTO

ENFERMEDAD TIROIDEA: NO SI CONTROLADA DESCONTROLADA MEDICAMENTO

NEOPLASIAS: NO SI CONTROLADA DESCONTROLADA MEDICAMENTO

RETRASO MENTAL: NO SI CONTROLADA DESCONTROLADA MEDICAMENTO

ALTERACIONES DE SALUD MENTAL: NO SI CONTROLADA DESCONTROLADA

MEDICAMENTO

TOXOPLASMOSIS: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

SÍFILIS: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

RUBEOLA: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

CITOMEGALOVIRUS: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

HERPES: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

SIDA: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

CERVICO VAGINITIS: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 05-JUNIO-09 MENARCA A LOS 11 AÑOS

RITMO DE MENSTRUACIÓN 5 DÍAS C/28 INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA 16 AÑOS

NUMERO DE PAREJAS QUE HA TENIDO 3 GESTAS 4

PARTOS 1 CESÁREA 2 ABORTO 0 NACIDOS MUERTOS 1

FECHA DE ÚLTIMA GESTA ENERO 2008 HIJO MALFORMADO 0

HIJO DE 400G Y MÁS 0 CONSANGINIDAD 0

EMBARAZO ACTUAL

HIPERTENSIÓN: NO SI CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTO

REFIERE LOS SIGUIENTES SINTOMAS: ACUFENOS No FOSFENOS No

CEFALEA No AMAUROSIS No

EDEMA: PRETIBIAL No MALEOLAR No GENERALIZADA No

SIGNO DE GIORDANO No SIGNO DE GODETE No ANASARCA No

AMENAZA DE ABORTO: NO SI CAUSA ACTIVO SEMANA DE GESTACIÓN

AMENAZA DE PARTO INMADURO: NO SI CAUSA ACTIVO
SEMANA DE GESTACIÓN

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO: NO SI CAUSA IVU ACTIVO
A LA SEMANA DE GESTACIÓN 28

HEMORRAGÍA TRANSVAGINAL NO SI CAUSA RPM ACTIVO
34.3

SEMANA DE GESTACIÓN
 ROTURA DE MEMBRANAS: NO SI CAUSA
 SEMANA DE GESTACIÓN
 CUADRO INFECCIOSO: NO SI CAUSA ACTIVO SEMANA DE GESTACIÓN
 CONTROL PRENATAL: No. DE CONSULTAS LUGAR PERIODICIDAD

AFRONTAMIENTO

APOYO DE QUIÉN LO RECIBE: ESPOSO HIJOS PADRES FAMILIAR

AUTOESTIMA

CONCEPTO DE UNO MISMO:

COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL: BUENO MALO GRAVE

ADAPTACIÓN

LOS CAMBIOS ESPERIMENTADOS POR SU ESTADO ACTUAL LE AFECTAN EN LA FORMA EN QUE

SIENTE, PIENSA O VE A SÍ MISMO: SI NO

LO ANTERIOR LE PRODUCE: INDIFERENCIA DESESPERANZA

SIGNOS DE DUELO: LLANTO ENOJO

PARTICIPACIÓN

SEGUIMIENTO DE INDICACIONES PARA FAVORECER EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO NO

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

FUNCIÓN VERVAL: NORMAL CON DIFICULTAD INCAPAZ

FUNCIÓN NO VERVAL CAPAZ x INCAPAZ

11.- NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES

JUICIO

ALGUNA VEZ PENSÓ EN EL ABORTO: NO x SI QUÉ LE HIZO CAMBIAR DE OPINIÓN

ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA: NO SI

DESPUÉS DE ESTE EMBARAZO CUÁL MÉTODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD ELEGIRÁ (ESPECIFIQUE) Salpingoclasia

EMOCIONAL

PARA EL DUELO ANTE UNA PÉRDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:

TRISTEZA x DEPRESIÓN TEMOR x NEGACIÓN CULPA x

ANTE LA POSIBLE PÉRDIDA DE UN ÓRGANO, FUNCIÓN O PERSONA (DUELO PREVISTO O ANTICIPADO), LA PACIENTE ESPRESA:

AFLICCIÓN CULPABILIDAD x ENOJO TRISTEZA x

EXPRESIÓN FACIAL Y POSTURA QUE CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DEL TEMOR x

INFORMACIÓN VERBAL DE LA ANGUSTIA x DIAFORESIS

DISNEA IRRITABILIDAD ANOREXIA

12.- NECESIDAD DE REALIZACIÓN

PATRÓN DE SEXUAL

RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU ESTADO ACTUAL: RECHAZO ACEPTACIÓN
 RESPUESTA HACIA LA PAREJA: FELIZ ENFADO INDIFERENCIA REOCUPACIÓN

13.- NECESIDAD DE RECREACIÓN
 ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO sí

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

CONOCIMIENTOS ACTUALES DE SALUD

DE QUIÉN HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO ACTUAL: MÉDICO
 ENFERMERA PARTERA FAMILIARES AMISTADES
 LA INFORMACIÓN QUE HA RECIBIDO HA SIDO: CLARA COMPLETA
 CONFUSA INCOMPLETA

EN QUÉ ASPECTOS REQUIERE MÁS INFORMACIÓN: EJERCICIO LACTANCIA
 HIGIENE SEXUALIDAD CUIDADOS AL RÉCIEN NACIDO
 EN IDENTIFICAR SIGNOS DE ALRMA CEFALEA EDEMA
 ACUFENOS FOSFENOS SANGRADO TRANSVAGINAL
 RUPTURA DE MEMBRANAS ALTA DE MOTILIDAD FETAL INICIO DE TRABAJO DE PARTO
 SI HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PARTO PSICOPROFILÁCTICO, SEÑALE LAS TÉCNICAS:
 DE RELAJACIÓN RESPIRATORIA PARA AUMENTAR LA TOLERANCIA AL DOLOR

DISPONIBILIDAD

SI ESTÁ PROGRAMADA PARA CIRUGÍA:

COMPRENDIO LA INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE INTERVENCIÓN SI NO

DEMUESTR DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN:

LACTANCIA MATERNA EDUCACIÓN ALOJAMIENTO CONJUNTO
 TRATAMIENTO MÉDICO MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR OTB
 CURSO PSICOPROFILAXIX NO SI

ORIENTACIÓN

TIEMPO: (SABE QUE FECHA ES HOY) NO SI
 LUGAR (SABE DONDE SE ENCUENTRA) NO SI
 PERSONA (MENCIONA SU NOMBRE COMPLETO) NO SI

MEMORÍA

INTACTA SÓLO RECIENTE SÓLO RETRÓGRADA

RESPONSABLE DE LA VALORACIÓN: Enfermera Anabel Morales Fernández