



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON EMBARAZO DE 35 SDG CON AMENAZA
DE PARTO PRETÉRMINO DE ALTO RIESGO**

**GRISELDA MALDONADO MAQUITICO
NÚMERO DE CUENTA: 4-08116785**

ASESORA: L.E.O. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO. 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
Justificación	
Introducción	
Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
1.-CAPITULO1	
1.1 Metodología	8
2.-CAPITULO 11	9
2.1 Marco teórico	9
2.2 Definición de Enfermería	9
2.3 Proceso Atención de Enfermería	10
2.4 Concepto del Proceso Atención Enfermería	10
2.5 Generalidades Proceso Atención de Enfermería	10
2.6 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	11
2.7 Modelo de Virginia Henderson	15
2.7.1 Definición	22
2.7.2 Necesidades básicas	23
2.7.3 Conceptos básicos de Enfermería	27
2.7.4 Afirmaciones teóricas	29
3.- CAPITULO 111	
3.1 Aplicación del Proceso Enfermero	30
3.2 Presentación del caso	30
3.3 Valoración de las 14 necesidades	30
3.4 Valoración de las necesidades alteradas	36
3.5 Diagnósticos de Enfermería	37

3.6 Planeación ,Ejecución y Evaluación	49
3.7 Plan de alta: programa de educación para la salud	50
Conclusiones	53
Bibliografía	54
ANEXOS	56
1. Glosario	56
2. Evaluación del riesgo	58
3. Patología	59
3.1 Concepto	59
3.2 Fisiopatología	60
3.3 Estudios de laboratorio y gabinete	61
3.4 Manifestaciones clínicas	62
3.5 Tratamiento	63
3.6 Complicaciones	63
4. Instrumento de valoración	68

INTRODUCCIÓN

El presente proceso de atención de enfermería fue aplicado a una persona con embarazo de 35 semanas de gestación con amenaza de parto pre término de alto riesgo,

El proceso de enfermería es una herramienta útil, práctica y teórica de vital importancia para la atención de la mujer con 35 semanas de gestación quien evalúa el riesgo perinatal afectada con amenaza de parto pre término.

El periodo que transcurre desde el momento de la concepción hasta el parto abarca aproximadamente cuarenta semanas, el cuerpo de la madre experimenta una serie de cambios fisiológicos y anatómicos de varios aparatos y sistemas cuya magnitud y complejidad han impedido su comprensión plena. Estos cambios son tan impresionantes que se considerarían patológicos en la mujer no embarazada; constituyen la reacción adaptativa del cuerpo a las necesidades crecientes del feto en cuanto a nutrición, eliminación de desechos, protección contra lesiones y espacio para crecer.

Estas modificaciones originan que resulte evidente la patología pre-existente que cursaba asintomática, cuando coinciden algunos padecimientos con el embarazo, pueden complicarlo en forma diversa y afectar a la madre y/o al feto, el embarazo, a su vez, puede ocasionar que la forma clínica del padecimiento asociado sea más grave.

Es por eso que un buen control prenatal consiste en identificar a las mujeres que se encuentran en situaciones de riesgo e iniciar la intervención oportuna para prevenir o aliviar los problemas. Considerando que el parto pre término se produce

entre la semana 20 y antes de 37 semanas de gestación. La prematuridad sigue siendo el problema perinatal y neonatal más importante. El parto pre término guarda relación con múltiples factores de riesgo y solo rara vez se encuentra una causa única.

Finalmente dentro de sus apartados se encuentra la Justificación, la Metodología, los objetivos, el Marco teórico que describe el proceso de atención de enfermería y las etapas que lo integran, el Modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, la Patología y la Fisiopatología, plan de cuidados de enfermería, plan de alta, conclusiones, anexos, bibliografía, que pretende servir de apoyo a la docencia y a la práctica profesional que consideran este método.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de la enfermera.

El plan de cuidados de enfermería es la documentación registrada de la planificación correcta de cuidados prescritos para un paciente a través de estos registros que la enfermera profesional se hace responsable de su práctica.

Como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados de atención. Individuo, familia o comunidad y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada ofrece ventajas para el profesional que presenta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. Por lo cual el siguiente proceso atención de enfermería fue aplicado a una paciente con embarazo de 35 SDG con Amenaza de Parto Pre terminó. Teniendo en cuenta que en hospital Gral. “Dr. Ernesto Meana San Román la tercera causa de mortalidad según estadísticas es bajo peso al nacer y prematurez, debemos prevenir las complicaciones de embarazos y los nacimientos de pre termino, detectados en los inicios de la patología asociada al embarazo.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería, a una paciente de embarazo de 35 SDG con Amenaza de Parto Pre término de alto riesgo, con base al Modelo de Virginia Henderson; en la identificación de las catorce necesidades básicas proporcionando cuidados de calidad y calidez para asegurar el bienestar físico y emocional de la paciente y el producto gestante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades alteradas a través de la valoración de la paciente con 35 SDG y amenaza de parto pre terminó.
- Establecer los diagnósticos de enfermería reales y potenciales para aplicar las intervenciones de enfermería.
- Evaluar los resultados obtenidos en la paciente a través de las intervenciones aplicadas.
- Proponer un plan de alta de acuerdo con los cuidados que deberá continuar en su domicilio entre otros evitar la sobre carga de trabajo, mantener reposo absoluto, dieta rica en proteínas, carbohidratos y alto contenido de fibra.

1. CAPITULO I

1.1 METODOLOGIA

El presente trabajo que se realizó en el Hospital General de Jojutla “Dr. Ernesto Meana San Román “en el servicio de Módulo Mater (módulo de atención a mujeres embarazadas con riesgo).

En el Hospital General de Jojutla se inició la atención a una paciente de 37 años de edad.

Se solicita autorización para aplicarle el Proceso Atención de Enfermería y se informa a la paciente.

Se inició Valoración, se recolectaron los datos tanto objetivos, subjetivos y datos históricos.

En el examen físico encontré a la paciente consciente, orientada, decaída, cansada pálida, angustiada pero fue cooperadora a su interrogatorio.

Posteriormente se establecieron los diagnósticos con la Taxonomía NANDA en orden prioritario.

Se analizó la relación con el Modelo de Virginia Henderson.

En la etapa de Planeación se elaboró el plan de cuidados con los resultados esperados de (NOC) clasificación de los resultados esperados, las intervenciones de enfermería y las actividades del (NIC).

Y finalmente en la etapa de evaluación registramos el estado obtenido con la aplicación del plan de cuidados. Se le dió seguimiento con visitas domiciliarias y se le da cita abierta al servicio de urgencias.

2. CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO

2.2 Definición de enfermería.

La función propia de las enfermeras es ayudar al individuo, enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a morir en paz que el mismo realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios, y todo ello en forma, que le ayudará a adquirir, independencia lo más rápidamente posible (Henderson, 1966).

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a los recién nacidos, antes de la era cristiana(año 1500 d.c.) eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar, la enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado constantemente y continuará cambiando a medida que el conocimiento y los avances tecnológicos se incrementen, la enfermería empieza a ser reconocida como Ciencia Legítima a partir de la década de los 70s en la que se logró la integración de la investigación de Enfermería en todos los programas colegiados de formación.

Se debe a Florencia Nightingale el cambio en la dirección de la Enfermería y por ende la concepción moderna, ella pensaba que esta disciplina debía responder a una vocación, no solamente la intuición y a la dedicación. Florencia Nightingale

dejo su recomendación a estudiantes de enfermería (1873).” *El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla.*

Se debe precisamente a los cuidados basados en el uso de procedimientos físicos en el área de medicina sanitaria, higiene y nutrición brindados por Florencia Nightingale la disminución de las tasas de mortalidad.

(Kozier B, 2003).

2.3 Proceso Atención De Enfermería

2.4 Concepto Del Proceso Atención Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que la puesta en práctica se superpone.

(Lefevre A, 1992)

2.5 Generalidades Proceso Atención De Enfermería

Antecedentes.

El proceso ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza de la profesión. Johnson, Hall, Orlando y Wiedenbach desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases o etapas actual.

1. Valoración.
2. Diagnostico de enfermería.
3. Planificación
4. Ejecución.
5. Evaluación.

Para la asociación Americana de Enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, cada fase es interdependiente y a la vez están interrelacionadas.

Características del Proceso Atención de Enfermería son:

Sistemático, lógico, ordenado, dinámico y flexible.

Estas características nos permiten:

1. Evitar los olvidos.
2. Favorece el trabajo personalizado.
3. Aumenta la comunicación.
4. Aumenta la coherencia.
5. Aumenta la participación.
6. Aumenta la calidad de los cuidados.

2.6 Etapas Del Proceso Atención De Enfermería

Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e Interrelacionados:

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

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. La fase de valoración trata principalmente de la recolección de los datos, el examen de los mismos y la determinación del lugar en que encajarán dentro de la imagen global. Puesto que todas las decisiones e intervenciones de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase. Este proceso incluye las siguientes actividades.

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson Identificando las catorce necesidades para que con base a ellas se implemente el plan de cuidados de Enfermería.

- Recolección de datos: reunir información sobre la persona-cliente.
- Validación de datos: asegurarse de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables.
- Organización de datos: organizar los datos en grupos de información que ayudará a identificar patrones de salud o enfermedad.
- Comunicación-anotación de los datos: informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recolección de la base de datos.

Diagnóstico de Enfermería

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Es la segunda fase o etapa del Proceso Atención Enfermería, en donde después de haber reunido, examinado los datos y se ha empezado a detectar patrones de salud o enfermedad, durante esta etapa se acabará de ordenar los datos, para identificar los problemas y capacidades que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente. Razonamiento diagnóstico: el proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un método que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo se denomina razonamiento diagnóstico. Su habilidad para identificar los diagnósticos de Enfermería y otros problemas de salud dependerá de la habilidad para ser metódica sistemática y lógica para alcanzar conclusiones acerca de los problemas y capacidades de salud de la persona.

Planificación

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y problemas, Interdependientes específicos, damos inicio al tercer paso del Proceso Atención de Enfermería. La planificación, es el momento en que se determina como brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos, la Planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos de la persona-resultados esperados

- Determinación de las acciones – actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de Enfermería.

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 Enfermería.
- Realizar las actividades de Enfermería.
- Anotar los cuidados de Enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizados.

La Enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye a la persona 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 y las necesidades asistenciales de la persona.

Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona 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:

- 1.- Recolección de datos sobre el estado de salud - problema – diagnóstico que queremos evaluar.
- 2.- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecuencia de los resultados esperados.

(Casillas L, 2007)

2.7 Modelo de Virginia Henderson.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería le reportaron al menos 9 investiduras como Doctor- Honoris causa. Recibió mención honorífica especial por contribuciones que realizó durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

Tras años de labor docente, asistencial y de investigadora, Virginia Henderson en 1956 Henderson define a la enfermería en términos funcionales.

El modelo conceptual de Virginia Henderson es la organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

En la definición de su modelo, Henderson ha escrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano, considerado como ser psicosocial y espiritual, que se caracteriza por sus catorce necesidades fundamentales.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad par cubrirlas **(independiente)**, pero cuando algo de esto falta en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud **(dependiente)**. Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores que son:

1.- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

2.- Variables: estados patológicos:

- Falta agua de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de Enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de Enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención:

Como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

(Henderson V, 2009)

Principales parámetros de este modelo

- 1.- En algunos casos, la persona tiene la necesidad de ayudar para conservar su salud o recuperación, recobrar su independencia o morir en paz.
- 2.- La persona cuidada es un ser biopsicosocial y espiritual.
- 3.- La persona sana o enferma, experimenta ciertas necesidades cuya satisfacción
Es esencial para su supervivencia.
- 4.- La persona debe tener la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para vivir saludablemente.
- 5.- La persona se relaciona con su familia y con la comunidad en la que vive.
- 6.- La salud depende, de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.
- 7.- Los cuidados enfermeros se proporcionan en interdependencia con los otros miembros del equipo de cuidados.
- 8.- Los cuidados se sitúan dentro de un enfoque científico de resolución de problemas y se dirigen a unos cuidados personalizados.
- 9.- Los cuidados enfermeros suponen la utilización de un plan de cuidados escrito.

El rol de la enfermera

El rol esencial de la enfermera es el de suplencia. Consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por si misma sus necesidades y ayudarla a recuperar su independencia y autonomía.

La autora menciona que toda persona tiende a la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, y el rol inmediato de la enfermera es ayudar a la persona a satisfacerlas, a más largo plazo, consiste en ayudarla a conservar o a recuperar un nivel óptimo de independencia.

El nivel de independencia de la persona enferma es bajo, pero hay que permitirle hacer aquello de lo que es capaz. Hay que respetar lo suficiente su capacidad de ser independiente, para permitir que tenga iniciativa, realice algo por si misma Y tome algunas decisiones.

(Wesley RL, 2008)

Postulados sobre los que se basa el Modelo de Virginia Henderson.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.

- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero y por lo tanto no es independiente.

Valores

Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.

Núcleos Básicos

Persona

Individuo objeto de los cuidados, que requiere asistencia para alcanzar su salud e independencia o una muerte en paz, cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La persona y su familia son consideradas como una unidad. La persona es un ser holístico.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia, con una serie de necesidades básicas para su supervivencia, cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida, mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Salud

Virginia Henderson, considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda y en forma continua, los catorce componentes básicos de los cuidados de enfermería. Equipara salud con la independencia, dependencia y causas de la dificultad ó problema.

Entorno

Virginia Henderson no incluye de manera específica el concepto de entorno dentro de su modelo, sin embargo menciona algunas veces de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Enfermería

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían

constantemente ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

2.7.1 Definición De Enfermería

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria vital hicieron de Henderson un modelo para las enfermeras, especialmente para las docentes e investigadoras.

2.7.2 Necesidades básicas

1.- Necesidades de oxigenación

Promover la salud y la vida, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones.

2.- Necesidades nutricionales

Conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aporte de líquidos adecuados.

3.- Necesidades de eliminación

Mantener la salud mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones óptimas la función de eliminación.

4.- Necesidades de movimiento

Mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento.

5.- Necesidades de descanso

Promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y el descanso, para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

6.- Necesidades de higiene

Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuado que eviten deformidades y proporcionen comodidad.

7.- Necesidades de termorregulación

Promover la salud mediante la puesta de actividades, para mantener la temperatura dentro de las cifras normales.

8.- Necesidades del cuidado de la piel.

Promover la salud mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservarla en óptimas condiciones.

9.- Necesidades de evitar riesgos y peligros

Promover la salud mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermedad o morir.

10.- Necesidades de comunicarse

Tener una relación de ayuda con la paciente, que evite barreras de la Comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

Atender a las necesidades espirituales de los pacientes

11.- Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores

Considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales.

12.- Necesidad de realización

Ayudar al paciente a iniciar al proceso necesario para un cambio de trabajo o de actividad cuando esto sea necesario para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir una enfermedad.

13.- Necesidad de recreación

Aprovechar el periodo de rehabilitación para aprender habilidades manuales que puedan servir como actividades recreativas y como ejercicio mental y físico.

14.- Necesidad de aprendizaje

Fomentar el aprecio del valor salud, mediante la difusión de conocimientos básicos de epidemiología al individuo, familia y comunidad recomendando la práctica de medidas, para la promoción y protección de salud así como la atención.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas, si tiene el conocimiento, la

fuerza y la voluntad de un modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Pero cuando algo de esto falta en la persona, una o mas necesidades no se satisfacen, surgiendo los problemas de salud, las diferencias personales en la satisfacción de estas 14 necesidades básicas son determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como la estrecha relación entre las diferentes necesidades, al mismo tiempo cuando no es posible satisfacer las 14 necesidades aparece una dependencia que se debe Según Virginia Henderson a 3 causas y se identifican como: “Falta de fuerza”, “Falta de conocimiento” o “Falta de voluntad”. La presencia de estas tres causas o una de ellas puede dar lugar a una: Dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

(Rosales S., 2007-2008)

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. Esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o cubrir estas necesidades y se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la persona.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la actuación enfermero y a nivel mas practico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de las situaciones en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores.

- Factores permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
- Factores variables: Estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, exposición al calor o al frío, que produzcan en el cuerpo temperaturas marcadamente anormales, estados febriles agudos una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento.

2.7.3 Conceptos de Virginia Henderson

Relación Enfermera – Equipo de Salud

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto de otros profesionales de salud, asegura el desarrollo de sus competencias y da muestras de habilidad e ingeniosidad para encontrar la destreza innovadora en la práctica de la enfermería y la organización de los cuidados en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, para completar el programa de cuidado a la persona pero no debe realizar tareas ajenas.

Virginia Henderson define que la enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos y puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Virginia Henderson también analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella, en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de su muerte.

El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano según Virginia Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su

independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, por si mismo de acuerdo a sus propias capacidades y recursos.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe mantener su integridad: Física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

2.7.4 Afirmaciones Teóricas

_ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte tranquila.

_ Introduce y lo desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.

_ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros y las esferas en que se desarrollan los cuidados.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la actuación enfermero y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada

individuo. Sin embargo dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores que son:

1.- Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.

2.- Factores variables: estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, exposición al calor o al frío, que produzcan en el cuerpo temperatura marcadamente anormales.

CAPITULO 11

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.

3.2 PRESENTACION DEL CASO.

Ficha de identificación:

Nombre: María Isabel Á H

Edad: 37 años

Sexo: Femenina

Peso: 76.500 kgrs

Talla: 1.52 cm

Ocupación: Al hogar

Estado civil: casada

Escolaridad: Secundaría terminada

Religión: Católica

Lugar de procedencia: Jojutla Morelos

Familiar responsable: Esposo

Se trata de mujer de 37 años, embarazada de 35 semanas de gestación que acudió al servicio de Modulo Mater (admisión), el día 2 de febrero del 2012 en el Hospital General "Dr. Ernesto Meana San Román" de Jojutla Mor, por presentar ligero sangrado transvaginal, dolor en región abdominal, se realizaron estudios de laboratorio BH, Plaquetas, Grupo, QS, y ultrasonido, prueba cardiográfica, se observa decaída, cansada, pálida, y angustiada.

3.3 Valoración con Las 14 Necesidades

1.- Necesidad de oxigenación

Datos objetivos: Frecuencia respiratoria de 20 por minuto, frecuencia Cardíaca de 84 por minuto, tensión arterial 100/70, se encuentra Polipneica, angustiada, pálida.

Datos subjetivos: Refiere que se siente preocupada por su embarazo De alto riesgo.

Fuente de dificultad: Fuerza.

Grado de dependencia. Moderado.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Datos objetivos: Peso 76.500 Kgrs, talla 1.52 cm.

Hemoglobina 11g/dl, Hematocrito 33.5, decaída, con palidez de Tegumentos, mucosas orales hidratadas.

Datos subjetivos: Ingiere carne 3x7, sopa de pastas 7x7, huevo 2x7, Verduras 4x7, leche 7x7, frutas 1x7, pan 2x7, tortillas 7x7, agua 1 litro al día refiere que no ingiere algunas frutas porque no le gusta y que toma poca agua.

Fuente de dificultad: Voluntad.

Grado de dependencia: Moderado.

3.- Necesidad de eliminación.

Datos objetivos: Ruidos peristálticos normales.

Datos subjetivos: Estreñimiento refiere la persona alteración en la evacuación intestinal una vez al día, y eliminación vesical seis veces al día.

Fuente de dificultad: Voluntad.

Grado de dependencia: Moderado.

4.- Necesidad de movimiento y tener buena postura.

Datos Objetivos: Se encuentra consiente, cansada, con facies de angustia, limitación al movimiento por el embarazo de alto riesgo.

Datos subjetivos: Requiere de reposo absoluto para evitar las posibles complicaciones.

Fuente de dificultad: Voluntad.

Grado de dependencia: Moderado.

5.- Necesidad de reposo y sueño.

Datos objetivos: La persona se encuentra cansada, somnolienta, fatigada.

Datos subjetivos: Refiere que no duerme bien en las noches por lo avanzado del embarazo se cambia seguido de posición.

Fuente de dificultad: voluntad.

Grado de dependencia: Moderado.

6.-Necesidad de higiene y arreglo personal.

Datos objetivos: Se encuentra bien usa ropa cómoda y calzado adecuado que eviten deformidades en los pies y proporcionen comodidad.

Uñas cortas sin alteración por el momento

Datos subjetivos: Hábitos higiénicos baño completo diario y cambio de ropa, lavado de manos cuantas veces sea necesario, aseo bucal 3 veces al día y se peina por razón necesaria.

Fuente de dificultad: Voluntad.

Grado de dependencia: Leve.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal estable.

Datos objetivos: Mantiene la temperatura corporal normal de 36°C, sudoración normal.

Datos subjetivos: Refiere en ocasiones calor porque se encuentra Acostada en reposo absoluto.

Fuente de dificultad: Fuerza.

Grado de dependencia: Leve.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.

Datos objetivos: Se encuentra hidratada de la piel.

Datos subjetivos: Refiere que protege la integridad de la piel y conservar en optimas condiciones para evitar complicaciones.

Fuente de dificultad: Conocimiento.

Grado de dependencia: Leve.

9.- Necesidad de evitar peligro.

Datos objetivos: Pálida, angustiada con temor de perder a su hijo. Datos

subjetivos: Refiere ligero sangrado transvaginal y dolor en Región abdominal

Refiere medidas preventivas para evitar complicaciones, “limitación al movimiento por la presencia de sangrado transvaginal”.

Fuente de dificultad: Conocimiento.

Grado de dependencia: Moderado.

10.-Necesidad de comunicación.

Datos objetivos: Lenguaje verbal, alteraciones físicas, miedo, temor.

Datos subjetivos: Refiere ansiedad, sentimientos de agresión, baja autoestima.

Tener una relación de ayuda con la persona, que evite barreras de la comunicación.

Fuente de dificultad: Fuerza.

Grado de dependencia: Leve.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Datos objetivos: No refiere.

Datos subjetivos: Refiere que su religión es católica y cree en dios.

Fuente de dificultad: Conocimiento.

Grado de dependencia: Leve.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse.

Datos objetivos. Se encuentra cansada, fatigada, decaída porque trabajaba

mucho.

Datos subjetivos: Refiere que trabajaba fuera de su hogar y que cargaba objetos pesados y subía y bajaba escaleras.

Fuente de dificultad: Fuerza.

Grado de dependencia: Grave.

13.- Necesidad de recreación.

Datos objetivos: No presenta.

Datos subjetivos: No refiere.

Fuente de dificultad: Conocimiento.

Grado de dependencia: Leve.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Datos objetivos: Conocimiento sobre la salud de su embarazo.

Datos subjetivos: Refiere habilidades para identificar signos de alarma (sangrado transvaginal, cefalea, movimientos fetales).

Fuente de dificultad: Conocimiento.

Grado de dependencia: Leve.

3.4 Valoración de las Necesidades Alteradas

1.- Necesidad de oxigenación. Se encuentra polipneica, angustiada, pálida, con FR 22 min.

4.- Necesidad de movimiento. Se encuentra en reposo absoluto debido a las contracciones que presenta.

5.- Necesidad de reposo y sueño. Se encuentra cansada agotada, por el empleo que tenía, refiere que subía y bajaba escaleras además del aseo que realiza de viernes a miércoles con 1 día de descanso de 9 a 16 hrs. No duerme bien por las noches por lo avanzado del embarazo se cambia seguido de posición.

3.- Necesidad de eliminación. Estreñimiento refiere la persona alteración en la evacuación intestinal una vez al día y en ocasiones cada dos días.

Eliminación vesical seis veces al día.

9.- Necesidad de evitar peligro. Se encuentra pálida, angustiada, con temor de perder a su hijo, ya que refiere ligero sangrado transvaginal y dolor en región abdominal.

3.5 Diagnósticos De Enfermería

Necesidad de evitar peligros

Diagnostico: **00146 Ansiedad. NANDA**

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Proceso de gestionar el estrés del entorno.

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

DX. 00146 Ansiedad relacionada con amenaza de parto manifestado por angustia y temor a consecuencias inesperadas.

3.6 Planeación

Autocontrol de la ansiedad (1402) NOC

Dominio: Salud Psicosocial

Clase: Autocontrol

Escala de medición: 4 frecuentemente demostrado.

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicador: 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

Puntuación diana del resultado: mantener a 2 raramente demostrado y aumentar a 4 frecuentemente demostrado.

Ejecución

Disminución de la ansiedad (5820) NIC

Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelanto.

Actividades

- _ Escuchar con atención a la paciente.
- _ Crear un ambiente que facilite la confianza de la paciente.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar a la persona a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Instruir a la persona sobre el uso de técnicas de relajación.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir el miedo.

Evaluacion

Disminuyó considerablemente la ansiedad de la persona, obteniendo una buena cooperación por parte de ella se sintió mas relajada y cooperadora al escuchar los latidos del corazón de su bebé en el toco cardiógrafo.

Diagnostico: **00091 Deterioro de la movilidad en cama. NANDA**

Dominio 4: Actividad /reposo.

Clase 2: Actividad / ejercicio.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente para cambiar de postura en la cama.

DX. Deterioro de la movilidad en cama relacionado con el dolor, manifestado por las contracciones uterinas, pasar de decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo por si misma en la cama.

Movilidad NOC

Dominio: Salud Funcional.

Clase: Movilidad.

Escala de Medición .4 gravemente comprometido hasta no comprometido.

Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicador: 020802 Mantenimiento de la posición corporal

Puntuación diana del resultado. 2 Substancialmente comprometido y Levemente comprometido.

Cambios de posición. NIC

Definición: Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y psicológico.

Actividades:

- _ Explicar a la persona el cambio de posición.
- _ Animar a la persona a participar en los cambios de posición.
- _ Evitar colocar a la paciente en una posición que le aumenten las contracciones uterinas o dolor.
- _ Enseñar a la paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- _ Colocar los objetos de uso frecuente al alcance de la paciente.

Evaluacion

La persona comprende el estado de salud en que se encuentra.

Diagnostico: **(00011) Estreñimiento NANDA**

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Definición. Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

DX. Estreñimiento relacionado con reducción de ingesta de líquidos; manifestado por eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Eliminación intestinal (0501) NOC

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Eliminación.

Escala: gravemente comprometido hasta no comprometido y grave hasta ninguno

Definición: Formación y evacuación de heces.

Puntuación Diana del resultado: 2 substancialmente comprometido y 4 levemente comprometido.

Indicadores: 050104 -cantidad de heces en relación con la dieta.

Manejo intestinal NIC

Definición: Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades:

- Vigilar movimientos intestinal incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede y sonidos intestinales.
- Vigilar signos y síntomas de estreñimiento e impactacion.
- Proporcionar alimentos de alto contenido en fibras.
- Proporcionar abundantes líquidos al menos dos litros diarios.

Evaluación: La persona mejoro bien con el aporte de fibras más ingesta de líquidos. Disminuyó la distención abdominal.

Diagnostico: **(00198) Trastorno del patrón de sueño NANDA**

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 1: sueño/reposo

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido externos.

Dx: 00198-Transtorno del patrón de sueño relacionado con el riesgo de nacimiento pre término manifestado por angustia, y temor.

Sueño NOC

Dominio Salud funcional

Clase: Mantenimiento de la energía

Escala Gravemente comprometido hasta no comprometido y grave hasta ninguno.

Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Indicador:

000405	Eficiencia de	2	Sustancialmente	4	Levemente
	sueño		comprometido		comprometido

Puntuación Diana del resultado: 2 frecuentemente aumentado y cuatro levemente aumentado.

Mejorar el sueño NIC

Definición:

Facilitar ciclo regular de sueño/vigilia.

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, etc.
- Enseñar a la paciente a controlar las pautas de sueño.

-Ajustar el ambiente, (luz ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

-Ayudar a la paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia si procede.

Evaluación: Fueron satisfactorios los resultados para el descanso y sueño de la persona.

Diagnostico: **00206 Riesgo de sangrado NANDA**

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular / pulmonar.

Definición: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

DX 00206 Riesgo de sangrado relacionado con traumatismo por caída.

Control del riesgo NOC

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Control del riesgo y seguridad.

Escala de medición: 2 Raramente demostrado hasta 4 frecuentemente demostrado.

Definición: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

Indicador 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.

4 Frecuentemente demostrado y 5 siempre demostrado

Puntuación Diana del resultado.

Mantener a 4 Frecuentemente demostrado

Aumentar a 5 Siempre demostrado

Disminución de la hemorragia: útero ante parto NIC

Definición Limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el tercer trimestre de embarazo.

Actividades:

- _ Palpar para ver si hay contracciones uterinas o aumento del tono uterino.
- _ Iniciar medidas de seguridad zapato antiderrapante, protectores en las escaleras, reposo en cama estricto y posición lateral izquierdo.
- _ Enseñarle a la paciente a diferenciar entre pérdida de sangre antigua y fresca.
- _ Disponer un plan de alta, que incluya la visita de cuidadores a casa.

Evaluación:

La persona mejoró con el reposo absoluto y medidas de prevención.

Diagnostico: **(00093) Fatiga. NANDA.**

Dominio 4: Actividad de la energía.

Clase 3: Equilibrio de la energía.

Definición: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

DX 00093 Fatiga. Relacionada con el embarazo, manifestada por cansancio.

Descanso NOC

Dominio: Salud funcional

Clase: Mantenimiento de la energía

Escala de medición: 1 gravemente comprometido, hasta 5 no comprometida.

Definición: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

Indicador: 000309 energía recuperada después del descanso 2 sustancialmente 5 no comprometido.

Puntuación diana del resultado: Mantener a raramente demostrado

Aumentar a 5 frecuentemente demostrada.

Manejo de la energía NIC

Definición: Regulación de uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

_Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.

_Observar a la persona por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.

_Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.

_Disminuir las molestias físicas que puedan intervenir con la función cognoscitiva y el auto control /regulación de la actividad.

Ayudar a la persona a comprender los principios de conservación de energía (requisitos) para la restricción de actividades o reposo en cama).

_ Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.

_Favorecer el reposo/limitación de actividades (aumentar en número de periodos de descanso protegidos de elección).

_Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividades.

Evaluación: La persona mejoro a través del reposo y a la limitación de actividades.

Diagnostico: **00148 temor NANDA**

Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Dx 00148 Temor relacionado con amenaza de parto pre término manifestado por inquietud.

Autocontrol del miedo (1404) NOC

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Autocontrol

Escala de medición frecuentemente demostrado

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión, o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Indicador: 140407 utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.

Puntuación diana del resultado:

Mantener a 2 raramente demostrado.

Mantener a 5 frecuentemente demostrado.

Técnica de relajación NIC

Definición: disminución del temor del paciente que experimenta angustia aguda.

Actividades

- _ Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionalmente.
- _ Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- _ Mantener a la paciente en un ambiente tranquilo.
- _ Proporcionarle apoyo psicológico y emocional a la paciente.

Evaluación: La relajación le ayudo a disminuir considerablemente la ansiedad obteniendo una buena cooperación por parte de ella.

Diagnostico: 00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana NANDA

Dominio 6: Auto percepción.

Clase 1: Auto concepto.

Definición: Riesgo de percepción de pérdida del respeto y el honor.

DX 00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana relacionado con la participación inadecuada en la toma de decisiones.

Aceptación: Estado de salud NOC

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Adaptación psicosocial.

Escala de medición: Nunca demostrado, hasta siempre demostrado.

Definición: Reconciliación de cambios significativos en la circunstancia de salud.

Indicador 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud.

Puntuación Diana del resultado.

Mantener a 3 Frecuentemente demostrado

Aumentar a 5 Siempre demostrado

Apoyo e la toma de decisiones NIC

Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados.

Actividades:

_ Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales, fundamentales.

_ Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.

_ Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

_ Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.

_ Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

Evaluación: La persona comprendió bien la información y se siente contenta.

Diagnostico: 00120 Baja autoestima situacional NANDA

Dominio 6: Autopercepción.

Clase 2: Autoestima.

Definición. Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

DX 00120 Baja autoestima situacional relacionado con el cambio en el rol social.

Autoestima NOC

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Bienestar psicológico.

Escala de medición: Nunca positivo hasta siempre positivo.

Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicador 120502 Aceptación de las propias limitaciones.

Puntuación Diana del resultado.

Mantener a 4 Frecuentemente positivo

Aumentar a 2 Raramente positivo

Apoyo emocional. NIC

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.

Actividades:

- _ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- _ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- _ Abrazar o tocar a la persona para proporcionarle apoyo.

Evaluación: La persona mejoro bien con la ayuda que se le proporciono.

Diagnostico: 00097 Déficit de actividades recreativas. NANDA

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio.

Definición: Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas.

DX 00097 Déficit de actividades recreativas relacionado con el entorno desprovisto manifestado por no poder realizar algunas cosas.

Bienestar personal NOC

Dominio: Salud percibida.

Clase: Salud y calidad de vida.

Escala de medición: No del todo satisfecha hasta completamente satisfecha.

Definición: Alcance de la percepción positiva del estado de salud propio.

Indicador 200213 Capacidad para controlar actividades.

2 Frecuentemente demostrado y 4 siempre demostrado.

Puntuación Diana del resultado.

Mantener moderadamente satisfecho

Aumentar completamente satisfecho.

Terapia de entretenimiento NIC

Definición: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Actividades:

_Ayudar a la persona/familia a identificar los déficits de movilidad.

_Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.

_Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.

_Ayudar a la persona a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.

_Ayudar a la persona a identificar las actividades que tengan sentido o utilidad.

Evaluación: La paciente aprendió y comprendió todo acerca de las actividades recreativas y que le sirvieron de gran utilidad.

Diagnostico 00078 Gestión ineficaz de la propia salud. NANDA

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Definición: Patrón de regulación e integración de la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

DX Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con déficit de conocimiento, manifestado en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

Conducta de fomento de la salud (1602). NOC

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Conducta de salud.

Escala de medición. Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Definición: Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.

Indicador: 160203 Supervisa los riesgos de la conducta personal.

Puntuación Diana del resultado:

Mantener a 3 A veces demostrado

Aumentar a 5 a Siempre demostrado.

Educación Sanitaria (5510) NIC

Definición: Desarrollar y proporcionar experiencias de enseñanza que facilitan la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

_Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.

- _Determinar el contexto personal historial, socio cultural de la conducta personal.
- _Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida.
- _Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo como es tragedia para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida.

Evaluación: La paciente logro los conocimientos de la conducta para el bienestar de su salud y de su familia.

3.7 Plan de alta

Programa de educación para la salud

1. Reposo:

Es la primera indicación frente al diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro. El reposo debe ser absoluto en cama en posición de decúbito lateral izquierdo.

Aunque hay pocos estudios que evalúan el reposo como medida única, se sabe que esta indicación permite el aumento de la perfusión uterina, disminución del estrés materno, aumento del peso fetal y disminución de la contractilidad uterina. El reposo ideal es aquel que se logra sin necesidad de hospitalizar a la embarazada y cuando ésta puede beneficiarse de un ambiente familiar apoyado mientras lo realiza.

2. Apoyo Psico-Afectivo a la Paciente:

El rol del estrés como factor de riesgo de Parto Prematuro ha sido ampliamente demostrado, la embarazada hospitalizada necesita un ambiente familiar y profesional apoyador para paliar el temor y ansiedad que acompañan este cuadro.

Se ha observado que las mujeres que reciben apoyo mejoran su autoimagen a menudo dañada y asumen una actitud más participativa.

En la práctica, constatamos que un ambiente familiar cálido y colaborador disminuye el estrés en la madre, mejora su auto cuidado y refuerza el vínculo parental.

3. Educación - Información a la Mujer y a la Familia:

Debe ser permanente, antes, durante y posterior al tratamiento. Esta medida garantizará en gran parte el cumplimiento de las indicaciones sobre todo después del alta.

(Created with, 2010)

- Se deben hacer esquemas de evaluación de los factores epidemiológicos y clínicos para infección basados en las características de la población que
- acude al hospital, para ser utilizadas en la consulta prenatal.
- Agregar a los cuidados de la consulta prenatal normal de todas las embarazadas medidas profilácticas para disminuir la posibilidad de infección urinaria.

1.- Ingerir muchos líquidos, para provocar mayor número de micciones y expulsar con ellas las bacterias de la vejiga, antes que se multiplique.

2.- Mantener la orina acida, favoreciendo su poder bactericida.

3.- Micción postcoital, con el fin de expulsar las bacterias que hayan ascendido durante el coito.

- Se recomienda realizar urocultivos en forma trimestral, o en su defecto emplear muestra de sedimento urinario obtenido de manera correcta para el screening de la bacteria durante la gestación.

- Es necesario la toma correcta de la muestra de orina junto con su procesamiento precoz.
- El diagnóstico preciso de esta entidad comúnmente registrada permitiría un tratamiento oportuno, disminuyendo así de esta manera el alto índice de prematuridad, y la tasa de morbilidad materna.
- Continuar con esta línea de investigación, a fin de complementarla.

CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería nos sirve para detectar, orientar, actuar y resolver problemas que pone en riesgo la vida de la persona con un enfoque físico mental y con las intervenciones que realizamos en coordinación con el equipo multidisciplinario, ayuda de una manera general a que la paciente o persona se integre nuevamente al ciclo familiar, personal y social. Por lo que es importante que la enfermera este capacitada ampliamente en el manejo del mismo y así mismo contribuir con nuestras aportaciones para que el paciente mejore.

La atención que se le brindó permitió que se cumpliera el objetivo de evitar evitar el parto pretermino y llevar el embarazo a término a través del cuidado prenatal.

El beneficio para la profesión de enfermería es contribuir con este estudio en quienes manejan pacientes con diagnóstico similar e incrementar la información en la aplicación de proceso de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

Kozier B. e tal 2003 Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica vol.1, 5 edición, Editorial: Mc Graw Hill Internacional.

Casillas L 2007 Manual de Enfermería 4 edición Tomo 1 Madrid España Interamericana.

Fiorelli S. e tal 1996 complicaciones medicas en el embarazo, infección de vías urinarias en el embarazo Mc Graw Hill Editores, S.A de C.V. México pág. 252-255.

González M 1991 Obstetricia Universidad de Barcelona 3ra edición, Editorial Salvat.

Jiménez L 2008 Antología Obstetricia II México D.F 2ª edición, Editado ENEO UNAM.

Williams 2003 Obstetricia 5a edición.

Rosales S 2007-2008 Diagnostico de enfermería, definiciones y clasificaciones en Fundamentos de Enfermería 3 edición Ed Manual Moderno.

Lefeure A 1992 Aplicación del proceso de Enfermería: Guía practica 2 Edición Barcelona España. Ed. Salvat

Wesley R.L Teorías y Modelos de Enfermería (monografía en internet) acceso Abril 2012. Disponible en: [http:// personando. Es / aniorte. Nic / progr-asinat-tear-metod 5.htm](http://personando.Es/aniorte.Nic/progr-asinat-tear-metod5.htm).

.

.

Villalba M 2012 Diccionario de Medicina Océano Mosby edición en español, Barcelona (España) Ed Manual Moderno.

NANDA, diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones 2007-2008

NANDA Internacional, Editorial ELSEVIER

Libro proyecto de investigaciones IOWA, clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) NOC, y NIC Nursing Interventions Clasificación tercera edición, Editorial Harcourt mosby.

EL MANUAL MERCK Novena edición GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Embarazo Complicado por enfermedades, Infección Urinaria.pag.2089

López B.M y Rubio D.S (2001) "Evaluación del Riesgo Perinatal, Instrumentos y Criterios de la Enfermera Profesional", ENEO/UNAM, México en la Antología obstetricia 1.

ANEXOS

1. GLOSARIO

APP Amenaza de Parto Pre término se considera como tal a la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales antes de las 37 semanas completas de embarazo.

EG Edad Gestacional Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

EN Embarazo Normal Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

EAR Embarazo de Alto Riesgo Es cuando se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos, o condiciones anormales con la gestación, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto.

Riesgo Se define como un método epidemiológico que permite calcular el riesgo de una persona, familia o comunidad.

ITU La infección del tracto urinario adquiere particular importancia durante el embarazo, donde su prevalencia es de 5-10 %. Asumiéndose que la gestación es un factor predisponente para su desarrollo debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en este periodo.

Patología estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.

Parto espontaneo parto vaginal que se produce sin la asistencia mecánica del fórceps o la ventosa obstétrica.

USG Ultrasonografía obstétrico evaluación antropométrica y estructural completa con orientación en base a factores de riesgo y / o hallazgos preestablecidos que deberá ser realizados por un medico con amplio conocimiento de la embriología, desarrollo, morfología y patología fetal.

Emergencia Obstétrica. Condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

Atención domiciliaria. Es un proceso continuo, programado e integral, que constituye a una modalidad asistencial, ligada al desarrollo de la atención primaria.

Diagnostico prenatal. Cualquiera de las técnicas utilizadas para detectar anomalías genéticas o de otra naturaleza en el feto intrauterino.

Infección. Invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican causando un estado morbooso por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped. Enfermedad causada por la invasión del organismo por microorganismos patógenos.

2.-EVALUACION DEL RIESGO.

PREVIGEN EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN LA PRIMERA CONSULTA DE EMBARAZO Y EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO.

Factores de riesgo reales	Factores de riesgo potenciales
<p>1) Edad (37 años) riesgo alto.</p> <p>2) Peso riesgo mediano.</p> <p>3) Nivel socio económico riesgo mediano.</p> <p>4) Cesárea previa (1) riesgo mediano.</p> <p>5) Preclampsia (si) riesgo mediano.</p> <p>6) Hemoglobina 8.26 g/dl 30-09-2010 riesgo alto. Hemoglobina 11g/dl 2-02-2011 riesgo mediano.</p> <p>7) Amenaza de parto pre término (35.SDG) riesgo alto.</p> <p>8) Fondo uterino (31cm) riesgo mediano.</p> <p>9) Hemorragia genital mínima riesgo mediano.</p> <p>10) Contracciones uterina antes riesgo mediano de 37 SDG (X HRA) 2 A 3.</p>	<p>1) Parto pre término.</p> <p>2) Preclampsia.</p> <p>3) Cesárea.</p> <p>López B.M Y Rubio D.S (2001).</p>

3.-Patología. Amenaza de parto pre término.

3.1 Concepto

El parto pre término se define como la interrupción de la gestación después de las 20 semanas y antes de cumplir las 37, según criterio cronológico. Según la literatura revisada se han vinculado diversos factores, estadísticamente asociados con el parto prematuro. Uno de los factores más reconocidos como contribuyente al parto prematuro es la colonización por bacterias del tracto urinario, después de la ruptura prematura de membranas.

La infección de del tracto urinario adquiere particular importancia durante el embarazo, donde su prevalencia es de 5-10%. Asumiéndose que la gestación es un factor pre disponente para su desarrollo debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en este periodo.

Se considera amenaza de parto preterminó el parto que se produce entre la 20 y antes de las 37 semanas completas de gestación. La prematuridad sigue siendo el problema perinatal y neonatal más importante. El parto pre terminó guarda relación, en general con múltiples factores de riesgo y solo rara vez se encuentra una causa única.

3.2 Fisiopatología

Los factores de riesgo pueden calificarse por:

Factores de riesgo no recidivantes:

Placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, polihidramnios, Hemorragia del segundo trimestre, malformación o muerte fetal.

Factores de riesgos recidivante o tratable en la madre:

Infecciones del aparato genital, incompetencia cervical, malformaciones uterinas, miomas uterinas, estado socioeconómico bajo, asistencia prenatal limitada, estado de nutrición deficiente, bajo peso pregestacional, consumo de drogas o tabaco, necesidades laborales o de trabajo, actividad sexual, anemia. Jiménez L (2008).

Recidivantes pero no tratables:

Antecedentes de nacimiento pretermino, raza.

Etiología

Es mas de la mitad de los partos que se producen antes del término de la gestación no es posible reconocer el factor etiológico que los produce. En otras ocasiones, sin embargo es posible reconocer una o más posibles causas o factores que se han demostrado en relación con el parto antes de término. Estas causas pueden ser clasificadas como:

Actitudes de la madre:

Se ha demostrado asociación del parto pretermino con estados de desnutrición materna; abuso de tabaco, alcohol y drogas; exceso de trabajo y fatiga; cambios de vivienda familiar, corto intervalo entre gestaciones, higiene defectuosa y coito frecuente al final de la gestación. Estos factores actuarían ya aumentando el estrés de la madre ya facilitando la colonización de distintos gérmenes en el introito vaginal. Gonzales M. (1991)

3.3 Estudios de Laboratorio y Gabinete

HEMATOLOGIA:		QUIMICA SANGUINEA:		E. G. O.	
ERIT. 3.73	PLAQ. 280	GLUC90. MG/DL	PH	8.0	
HGB. 11	TP. 13.4 Seg.	BNm 9 mg/dl	Dens.	1.005	
HCT. 33.5	TPT. 34.1 seg	CREm 0.54 mg/dl	Alb	30 mg/dl	
VCM. 97.0	TEST. 12.0 seg.	URIC. 3.8 mg/dl	Gluc.	Negativo	
HCM 33.0	ACT. 89.5 %	CHOL 232 mg/dl	Nitrito	Negativo	
CHCM 34.0	GPO Y Rh O+	TG-B 255 mg/dl	Cetona	Negativo	
ADE 13.8			Bilis	Negativo	
			Urobilin	Negativo	
			Hb..	Negativo	
SEDIMENTO:					
			Leucos	3-6x campo	
			c rs.	0-1x campo	
			Celulas E	(+)	
			Cilindros	----	
			Bacterias	Mixtas (++)	
			Cristales	-----	
			Otros	Filamento mucoso (+)	

2 de Febrero 2012 al ingreso de la paciente al servicio de Modulo Mater se realizó PSS dando como resultado positivo reactivo con movimientos fetales presentes, se tomo trazo.

Reporte de Ultrasonido Obstetrico:

UTERO: aumentado de tamaño a expensas de producto único vivo dorso a derecha y cefálico en presentación con buena motilidad, actividad y tono fetal.

F E T O M E T R I A

Diámetro Biparietal: OFD 104 MM

Longitud Femoral: 61MM

FCF: 144 X´

Placenta anterior grado 1, Liquido amniótico normal.

IDX. Embarazo de 35 SDG producto único vivo presentación cefálica, placenta anterior grado 1, liquido amniótico normal, orificio cervical cerrado.

DR. Carlos Núñez Ruiz

C.P. 3228687

Jojutla, mor. a 2 de Febrero del 2012

3.4 Manifestaciones clínicas

Síntomas tempranos subjetivos de amenaza de parto pre terminó son:

Dolor abdominal

Dolor lumbar

Presión pélvica

Flujo vaginal aumentado

Sangrado transvaginal

Síntomas definitivos son:

Actividad uterina regular acompañada de borra miento y dilatación de cérvix.

3.5 Tratamiento

Toco lisis:

Es el uso de medicamentos para intentar detener la progresión del parto. Si bien los agentes tocolíticos suprimen las contracciones uterinas y permiten la continuación del embarazo.

También el empleo de la indometacina se limita a los embarazos mayores de 32 semanas de gestación; la duración del tratamiento debe ser mayor de 72 horas, siempre que sea posible.

Los corticosteroides prenatales (en general, dos dosis de betametasona por vía intramolecular cada 24 horas, o dos dosis de dexametasona 1M cada 6 horas un total de 4 dosis) parece tener efectos beneficiosos para la maduración del pulmón fetal. Jiménez L (2008)

Fisiología:

El parto es uno de los principales peligros para la salud de los seres humanos y la primera causa de morbilidad y mortalidad neonatales después de las anomalías congénitas, si bien hay, muchos trastornos que llevan al parto pretermino se puede ubicar a la mayor parte de las causas en tres categorías principales que son:

3.6 Complicaciones

1) Las complicaciones del embarazo que ponen en riesgo importante la salud fetal y a veces la materna

suele indicar el parto pretermino, estas causas yatrogenas o indicadas por el Medico representan casi el 25% de los partos preterminos.

2) Rotura prematura de membranas fetales pre terminó

Que es seguida por el parto pretermino y causa casi el 25%de ese tipo de

nacimientos.

3) El trabajo de parto pretérmino espontáneo

En embarazos con membranas fetales integra representa la causa mas importante de parto pretermino y contribuye con casi la mitad de este tipo de nacimientos. Williams Obstetricia (2003)

Características personales de la madre

Los siguientes factores se relacionan con parte pretermino: edad inferior a los 18 años o superior a 35; estatura inferior a 1.50 m; peso inferior a 47 kg antes de la gestación anterior, nivel socioeconómico bajo; enfermedades cardiacas (escaso volumen del corazón o del volumen minuto) y consuntivas y enfermedades infecciosas. Estas alteraciones producirían aumento del estrés materno o disminución de la función placentaria. La existencia de la hipertensión antigua o asociada al embarazo (preeclampsia) provoca estrés y lesiones placentarios que favorecen el parto pretermino.

Defectos uterinos:

Malformaciones sinequias, miomas, insuficiencia cervical o dispositivos intrauterinos in útero aumentarían la irritabilidad uterina o producirían disminución de la formación placentaria. En la insuficiencia cervical la dilatación cervical esta facilitada.

Factores placentarios:

Placenta previa y la rotura prematura de membranas disminuirían la función placentaria o facilitarían la colonización bacteriana.

Factores fetales:

La gestación múltiple la anencefalia con hidramnios, el mismo hidramnios y grandes tumoraciones fetales actuarían aumentado la distensión uterina y por tanto su irritabilidad, posiblemente a través de un aumento de los receptores de oxitocina en el miometrio. La hiperplasia suprarrenal fetal actuaría a través de la secreción aumentada de cortisol, que disminuiría la producción de progesterona en la placenta.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LAS VIAS URINARIAS

CAMBIOS MECANICOS	IMPORTANCIA CLINICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Al crecer el útero comprime la vejiga contra la pelvis ➤ El útero agrandado y en dextrorrotación comprime los uréteres a su paso por el estrecho pélvico, sobre todo en el lado derecho. (el recto sigmoides protege en cierta medida al uréter izquierdo) ➤ Puede darse reflujo vesicouretral ➤ El complejo de la vena ovárica se dilata sobre el uréter derecho ➤ La base de la vejiga se ve desplazada hacia delante y hacia arriba, a causa de la parte de presentación encajada 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se reduce la capacidad vesical, con lo que la micción se vuelve más frecuente ➤ Sobreviene la dilatación de uréteres y pelvis renales. <p>Pueden contener hasta 200 ml de orina, lo que origina estasis y aumento de la propensión de las vías urinarias a las infecciones (un 2% de las embarazadas sufren pielonefritis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esto puede originar cambios en las muestras de orina de 24 hrs ➤ Disminuye el flujo de sangre ➤ Puede aumentar el edema y el riesgo de traumatismo ➤ Se incrementa la posibilidad de infección
CAMBIOS CIRCULATORIOS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ El flujo sanguíneo renal se incrementa hasta que llega el tercer trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La filtración glomerular se incrementa en 50% (es mayor en decúbito lateral y menor en posiciones sedente o de pie) ➤ Disminuye el umbral renal para

	glucosa (los túbulos alcanzan la resorción máxima); se elimina glucosa en la orina. ¹
--	--

Las IVU son frecuentes en el embarazo, aparentemente porque la dilatación y el hipo peristaltismo ureterales de causa hormonal y la presión del útero gestante sobre los uréteres provocan estasis de la orina. Se produce bacteriuria asintomática en alrededor del 15% de los embarazos y en algunos casos progresa a cistitis o pielonefritis sintomática.

Tanto la bacteriuria asintomática como la pielonefritis se asocian a una mayor incidencia de parto prematuro y de rotura prematura de membranas.

OTRAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

CAMBIOS DEL HUMOR

Falta de un sistema de apoyo para la mujer y su compañero.

Molestias físicas del embarazo, Fatiga, Ansiedad y Cambios de la imagen corporal.

DISNEA

Compresión de la vena cava por el útero grávido, lo que disminuye el retorno venoso hacia el corazón y produce hipotensión arterial; mayor alteración del estado circulatorio en posición supina (síndrome de hipotensión supina).

Limitación de la distensibilidad pulmonar, a causa del agrandamiento del útero.

Mayor conciencia del acto de la respiración.

INSOMNIO.

Incapacidad para encontrar una posición cómoda a causa del volumen del abdomen.

Angustia excesiva por el embarazo u otras preocupaciones. Nictúria e incapacidad subsecuente para reanudar el sueño.

Actividad fetal.

Comida fuerte antes de la hora de dormir, indigestión, pirosis, calambres en las piernas, disnea.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

VALORACION DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: María Isabel Á. 37años

Lugar de origen: Jojutla

Religión: Católica

Nacionalidad: Mexicana

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Empleada domestica

Estado Civil: Casada

Fecha de nacimiento: 21-07- 74

Domicilio: Jojutla Mor, col. Zapata No 665

Familiar responsable: Mario

2.- PERFIL DEL PACIENTE:

AMBIENTE FISICO:

Casa propia x, Tipo de construcción: de concreto, Numero de habitaciones:
2.ventilacion adecuada, luz electrica

SERVICIOS SANITARIOS: Agua intradomiciliaria

ELIMINACION DE DESECHOS: Drenaje.

VIAS DE COMUNICACIÓN: Colectivos, Camiones, Taxi, Carreteras, Pavimentación, Teléfono (de un familiar) 34 2 5319

RECURSOS DE SALUD: Centro de salud y seguro popular

HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS:

Aseo: diario. Baño: completo y diario, De manos: 5 veces al día, Bucal: 3 veces al día, Cambio de ropa: 1 vez al día.

ALIMENTACION:

Carne: 3x7 Pastas: 7x7 Huevo: 2x7 Verduras: 3-4x7 Leche: 7x7

Frutas: 1x7

Pan: 2x7 Leguminosas: 7x7 Tortillas: 7x7 Agua: 1 litro al día

ELIMINACION:

Horario y características: por la mañana, normal Intestinal: 1 vez al día
Vesical: 6 veces al día.

DESCANSO: (TIPO Y FRECUENCIA) Hasta en la noche.

Sueño: (horario y características) De las 23 hrs a las 7:30 hrs y se despierta hasta 3 veces en la noche ya no puede dormir bien por lo avanzado del embarazo.

Diversión y/o deportes: nulo Horas de trabajo y/o estudio: 15 hrs de trabajo.

COMPOSICION FAMILIAR:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Esposo	38	Cobrador	si
Hijo	4	Pre escolar	
María Isabel	37	Empleada domestica	

DINAMICA FAMILIAR: Nula DINAMICA SOCIAL: Nula

COMPORTAMIENTO: (Conducta cotidiana) Tranquilo, Alegre, Cooperador

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Grupo y Rh: O+ Adicciones: No Alcoholismo: No
Farmacodependiente: No

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Refiere antecedentes quirúrgicos (cesárea 1)

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

CARDIORESPIRATORIO: Negados

DIGESTIVOS: Negados

GENITOURINARIO: Negados, solo poliuria y un poco de prurito

NERVIOSO: Negados

MUSCULOESQUELETICO: Negados

PIEL Y ANEXOS: Solo hiperpigmentación en pezones, areola y línea morena

ORGANOS DE LOS SENTIDOS: Negados

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

MENARCA 13: años DURACION: 30x5-4 GESTA: 2 PARA: 0

ABORTOS: 0 CESAREAS: 1

FUR: 05-06-11 FPP: 12 DE MARZO 2012 SDG: 35 USG: 2 Febrero
2012 ,35 SDG

METODO DE CONTROL PRENATAL: SI, D.I.U.

VIGILANCIA PRENATAL: SI

COMPAÑERO SEXUALES: 1

CIRCUNDADO: NO

PERIODO INTERGENESICO: 3 años

PESO DEL R/N: 3800 KGS

PAPANICOLAU: Se lo realizo hace un año negativo

EVOLUCION DEL EMBARAZO: COMPLICACIONES Amenaza de Parto Pre
terminó.

EXPLORACION FISICA:

PESO ANTES DEL EMBARAZO: 70 Kgrs. PESO ACTUAL: 76.500 Kgrs

PESO IDEAL: SOBRE PESO DE: ESTATURA: 1.52 cm.

PULSO: 84 min **T/A:** 10 0/70 **TEMPERATURA:** 36°C

RESPIRACION: 20min.