

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
TRABAJO DE PARTO
DE ACUERDO CON LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY
GORDON

PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ULISES ALEJANDRO MENDOZA VÁZQUEZ

CUENTA: 408527233

ASESORA:

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ

CIUDAD DE MEXICO, SEPTIEMBRE DE 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi luz y mi camino por brindarme una vida llena de experiencias y sobre todo felicidad, por darme la fortaleza de seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mis padres JOSE y LAURA por su apoyo, la orientación que me han dado, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y mi vida. Agradezco los consejos sabios que en el momento exacto han sabido darme para enfrentar los momentos más difíciles y sobre todo gracias por el amor tan grande que me dan.

A mis hermano CRISTIAN por ser parte importante de mi vida; al cual amo ya que siempre ha estado a mi lado en las buenas y malas apoyándome incondicionalmente.

A la Escuela De Enfermería Cruz Roja Mexicana por mi formación profesional como enfermera y así poder brindar un trabajo de calidad a mis pacientes, gracias a mis maestros, amigos y compañeros que fueron parte importante en mi fase como estudiante.

Un agradecimiento muy especial a mi estimada Doctora Gandhi Ponce Gómez por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, su orientación, su manera de trabajar han sido fundamental para mi formación, ella ha inculcado en mi un sentido de seriedad y responsabilidad, a su manera ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido siempre le estaré eternamente agradecido. Dios la bendiga siempre.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios y a mis padres. A Dios porque jamás me abandono en ningún momento, por haberme permitido concluir mi carrera. A mi madre LAURA mi compañera porque siempre estuviste pendiente de mi gracia por tu amor incondicional. A mi papá JOSE gracias por ser el mejor padre que y la vida me pudo dar por todos tus consejos, gracias infinitas a ambos porque siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo para hacer de mí una persona mejor.

A ese gran apoyo incondicional que me brindaron durante este largo camino de 5 años de preparación profesional y que en ningún momento me soltaron las manos para poder llegar a donde estoy en este momento

A mi hermano Cristian por siempre estar a mi lado y apoyarme también en este gran camino que hoy se convierte en uno nuevo y mejor

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	4
III.	OBJETIVO.....	5
IV.	METODOLOGÍA.....	6
V.	MARCO TEÓRICO	7
5.1.	MARJORY GORDON	7
5.2.	PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	8
5.3.	TRABAJO DE PARTO	9
5.4.	EPIDEMIOLOGÍA	10
5.5.	FISIOLOGÍA.....	12
5.8.	SIGNOS Y SÍNTOMAS:.....	12
VI.	PRESENTACIÓN DEL CASO.	14
6.1.	VALORACION FISICA.....	15
VII.	VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE	17
	MARJORY GORDON.....	17
7.1.	PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD.....	17
7.2.	PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO	17
7.3.	PATRÓN ELIMINACIÓN.....	17
7.4.	PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO	17
7.5.	PATRÓN SUEÑO - DESCANSO.....	17
7.6.	PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL	18
7.7.	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO.	18

7.8.	PATRÓN ROL - RELACIONES.	18
7.9.	PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN.....	18
7.10.	PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.	18
7.11.	PATRÓN VALORES - CREENCIAS.	18
VIII.	PLAN DE ATENCIÓN.....	19
8.1.	RIESGO DE INFECCIÓN (00004).....	19
8.2.	DOLOR AGUDO (00132).....	21
IX.	PLAN DE ALTA	24
	Color de la piel anormal	26
	Temperatura del RN	26
	Cordón umbilical infectado.....	27
	RN no orina u orina muy poco	27
X.	CONCLUSIONES	29
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

I. INTRODUCCIÓN

El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos.

El deseo de que el parto culmine con el nacimiento de una criatura sana, sin menoscabo de la salud materna, ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y el que se realicen intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia. Así, en las últimas décadas, se ha producido una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos e hijas, habiendo llegado a convertirse en prácticas habituales y rutinarias, incluso en partos de mujeres sanas sin complicaciones.

Ese deseo de garantizar los mejores resultados, ha dificultado el que se prestara la necesaria atención a la importancia que el proceso del parto tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas.

Afortunadamente, hoy sabemos que con la atención y apoyo adecuados, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad,

etc.) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su seguridad y la del bebé.

También, somos cada vez más conscientes de que el parto es un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres y de que el tipo de atención que se les preste tiene importantes efectos en ellas y en sus hijos e hijas, tanto físicos como emocionales, a corto y a largo plazo, en particular en el caso de aquellas que consideran fundamental ser protagonistas de su propio parto.

En este sentido, ya en 1985, en una reunión de la Región Europea de la OMS, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, se establecieron una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos . Posteriormente, en 1996 la OMS elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal 4.

Además, la medicina basada en la evidencia, ha puesto de manifiesto que la adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad 4.

En nuestro país, la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, consensuada por todas las CCAA, está impulsando una profunda transformación en el modelo de atención al parto 5. Este cambio, que podríamos denominar paradigmático, pretende un nuevo modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y la pertinencia de ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, basada en la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la

información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres.

Este Proceso Atención de Enfermería se ha elaborado con el propósito de orientar sobre los mejores cuidados a proporcionar a las mujeres sanas y sus bebés durante el parto y el nacimiento, estableciendo recomendaciones basadas en la evidencia y su evaluación razonada. En ningún caso pretende sustituir el juicio clínico de los profesionales. 1

II. JUSTIFICACIÓN

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

El presente Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta metodológica que permite al profesional de enfermería brindar un cuidado sistemático que emana de una valoración y priorización de necesidades de una persona sana o enferma en cualquier etapa de la vida. Este PAE se implementó dando seguimiento a una mujer en Trabajo de Parto en el servicio de tococirugía.

III. OBJETIVO

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una mujer en trabajo de parto, en el área de tococirugía en el Hospital General de Zona # 1 Ignacio García Téllez de la ciudad de San Luis Potosí de acuerdo con los patrones fundamentales de Marjory Gordon y el uso de NANDA, NIC y NOC.

IV. METODOLOGÍA

El presente caso clínico se realizó durante el servicio social realizado en el año del 2016 en áreas de tococirugía, la forma en que se realizó el trabajo del caso clínico fue por patrones funcionales y valoración focalizada llevadas a cabo en la fase de trabajo de parto hasta el alumbramiento del paciente resaltando las

Se analizaron y dieron prioridad a las necesidades del paciente durante el proceso en las cuales se aplicaron durante el tiempo de estancia.

Se elaboró el respectivo Plan escrito y un Plan de Alta.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia

Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico .

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts.

5.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.¹

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Patrón 2: Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés

Patrón 11: Valores – creencias: describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

5.3. TRABAJO DE PARTO

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos:

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer período (NOM-007-1993,- Manual de atención para el embarazo saludable, 2001, GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Primer periodo del trabajo de parto: comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Fase latente: es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, GPC NICE, 2007).

Fase activa: contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas. (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, NICE, 2007).

Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos , máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento): período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

5.4. EPIDEMIOLOGÍA

El parto pretérmino es una de las causas más importantes de mortalidad neonatal en el mundo así como de una considerable parte de la morbilidad a corto y largo plazo. Aunque se ha visto un incremento en el número de partos prematuros sus causas no son muy claras, entre las posibles hipótesis que se han expuesto se encuentra • La madres han desplazado su edad reproductiva a edades mas tardías para lograr su desarrollo intelectual es por ello que estas cursas con mayores factores de riesgo y enfermedades asociadas a la edad que podrían predisponer a un parto pretérmino 14

Así mismo el numero de madres que requieren de técnicas de fertilización, estimulación ovárica entre otros es mucho mayor actualmente, aumentando las posibilidades para los embarazos múltiples y 15 los recién nacidos concebidos a través del uso de alguna técnica de fertilización tienen un mayor riesgo de parto prematuro La OMS define como pretérmino a aquel nacimiento

de más de 20 semanas y menos de 37 y de acuerdo a los estudios entre más lejos del término se encuentre el feto mayor será su inmadurez funcional y orgánica y por tanto peor será su pronóstico, así como secuelas y lesiones secundarias a la prematuridad. Es por tanto que la mayor atención se ha dirigido principalmente a las amenazas de partos menores de 32 semanas ya que corresponde al grupo con mayor morbilidad. Si bien los nacimientos en este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables de cerca del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60 % de la mortalidad neonatal. De acuerdo a los múltiples estudios para determinar factores de riesgo o causas, los resultados son controversiales y la mayoría de los esfuerzos para prevenir y detener el parto pretérmino no han probado ser efectivos, por lo tanto su manejo se ha orientado a evitar el inicio del trabajo de parto, detener su evolución o prevenir las posibles y más frecuentes complicaciones neonatales como el síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de membrana hialina, infecciones, sepsis y trauma, en muchas otras. En Colombia de acuerdo a las estadísticas reportadas por el DANE entre enero y agosto de 2004 la tasa de parto pretérmino fue del 16.4%, siendo la más alta la del departamento de San Andrés con un 23.8% 5 Actualmente sobrevive más del 50 % de los neonatos de 25 semanas, y más del 90 % de los neonatos por encima de las 28 a 29 semanas se cree que secundario a una mejor disponibilidad a la atención médica y a la mejoría de las unidades de cuidado intensivo pediátrico; pero esto no ha permitido disminuir las secuelas neurológicas a largo plazo de estos recién nacidos o las lesiones por prematuridad en otros órganos las cuales pueden presentarse a corto plazo como son el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del ductus arterioso y a largo plazo se destaca la parálisis cerebral, el retardo mental y la retinopatía del prematuro. El tipo de secuela se ha relacionado directamente con el peso al nacer y la edad gestacional como se ha visto en los estudios donde Aproximadamente el 8 al 10 % de los recién nacidos vivos con peso menor a los 1000 gramos desarrollarán parálisis cerebral, así como tasas más altas de retardo mental y discapacidad visual, alteraciones en el comportamiento y problemas

escolares. La mayor cantidad de cuidados médicos , hospitalizaciones por sus lesiones o discapacidades que pueden presentar estos recién nacidos a corto o largo plazo aumentan notoriamente los costos para la familia y la sociedad pero en Colombia no se cuenta con estudios de costos claros de la atención y seguimiento de este grupos de pacientes.

El bajo acceso y disponibilidad a los datos estadísticos actuales dado por las políticas, sociales, culturales, administrativas entre otras no permiten realizar comparaciones nacionales o internacionales adecuadas que permitan determinar claramente las tasas de nacimientos prematuros y sus causas lo que no permite estimar de forma real su impacto.

5.5. FISIOLÓGÍA

El útero es un órgano único constituido de cuerpo, istmo y cuello, que posee características histológicas y funcionales bastante peculiares. Está destinado a abrigar la concepción y sus anexos desde su anidación hasta el nacimiento, hecho este fundamental para la preservación de la especie humana. Experimenta modificaciones importantes y está dotado de extrema sensibilidad a los estímulos hormonales y nerviosos. La cavidad endometrial tiene formato triangular y representa la superficie mucosa del cuerpo uterino. El epitelio cilíndrico está formado de glándulas con estroma especializado. El endometrio sufre alteraciones hormonales cíclicas con descamación de las capas superficiales y regeneración posterior a partir de la capa basal, de localización más profunda. En este capítulo abordaremos las modificaciones uterinas por las cuales pasa el órgano desde la infancia hasta la senectud. Llamamos la atención hacia el conocimiento de la fisiología uterina, que nos ayuda a atender mejor el papel del útero como “órgano endocrino”. Tales hechos no pueden ser ignorados por aquellos que pretenden ingresar en el campo de la endoscopia ginecológica.

5.8. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Fases de trabajo de parto

La primera etapa es alcanzar la completa dilatación del cuello uterino. Ésta comienza con el inicio de las contracciones uterinas de labor de parto y es la fase más larga de la misma. La primera etapa se divide en tres fases: latente, activa y desaceleración.

En la fase latente, las contracciones se vuelven más frecuentes, fuertes y adquieren regularidad y se presenta el mayor cambio del cuello uterino, que se adelgaza o se borra. La fase latente es la que varía más de una mujer a otra y de una labor de parto a otra. Puede tomar algunos días o unas pocas horas. Por lo general, se espera que la fase latente se prolongue de 10 a 12 horas en mujeres que ya han tenido niños. Para los primeros embarazos, puede durar casi las 20 horas. Para muchas mujeres, la fase latente de la labor de parto puede ser confundida con las contracciones de Braxton Hicks. Las membranas se romperán espontáneamente, al comienzo o en la mitad de la primera etapa de la labor de parto. Una vez que éstas se rompen, el proceso de labor de parto usualmente se acelera.

La siguiente parte de la primera etapa de la labor de parto es la fase activa, la cual es la fase en la que el cuello uterino se dilata con más rapidez. Para la mayoría de las mujeres ésta es desde los 3 a 4 centímetros de dilatación hasta los 8 a 9 centímetros. La fase activa es la más predecible, dura un promedio de cinco horas en las madres primerizas y dos horas en las madres que han tenido partos anteriores.

Finalmente, tenemos la fase de desaceleración, durante la cual la dilatación del cuello uterino continúa, pero a un paso más lento, hasta la dilatación completa. En algunas mujeres la fase de deceleración no es muy evidente, se combina con la fase activa. Esta es también la fase de más rápido descenso, cuando el bebé se introduce más en la pelvis y más profundamente a través del canal de nacimiento. La fase de desaceleración también se llama transición y en las mujeres sin anestesia está con frecuencia marcada por vómitos y temblores incontrolables. Ver estos síntomas puede causar miedo pero son parte de un nacimiento normal e indican que la primera etapa ya está casi completada.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de una persona del sexo femenino de 27 años de edad la cual acude al área de tococirugía para ser intervenida acompañada por un familiar quien dice ser su esposo.

La paciente presenta dolor lumbar y cervical con dilatación de 5 borramiento de 75 %.

Antecedentes personales:

- **Patológicos**

Paciente del sexo femenino de 27 años de edad la cual no refiere patologías actuales.

- **De la infancia:**

Refiere no haber tenido antecedentes de alguna enfermedad durante su infancia.

- **Antecedentes alérgicos:**

Es alérgica al penicilina..

- **Antecedentes quirúrgicos o traumáticos:**

Refiere que fue intervenida quirúrgicamente hace 2 años debido a una cesaría.

- **No patológicos**

Persona del sexo femenino de 27 años de edad reside actualmente en san Luis potosí habita casa habitación de dos plantas con 3 habitaciones y 1 baño completo con todos los servicios intradomiciliarios, con adecuados hábitos higiénicos, zoonosis con 1 perros. Cuenta con cartilla de vacunación completa, vive con su esposo y 1 hijo.

- **Heredo Familiares**

Su madre padece diabetes mellitus, su padre sin antecedentes patológico.

6.1. VALORACION FISICA

Se trata de una persona de sexo femenino de 27 años de edad con diagnóstico de puerperio fisiológico.

Ingresa al servicio de tococirugía para ser llevada a sala de expulsión. La paciente presenta dolor lumbar dilatación de 5 y borramiento de 75 %.

- **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente consciente, tranquila orientada en sus tres esferas, cráneo normal, cuero cabelludo bien implantado, ojos simétricos, sensibilidad a la luz no se observa secreciones o algún tipo de infección, narinas permeables sin heridas visibles, sus orejas están simétricas con perforaciones en cada una de las orejas por aretes, no presenta secreciones en el canal del oído, labios de color rosa no se observan heridas ni laceraciones en los labios, pieza

dental completa sin presencia de halitosis, lengua se encuentra libre de lesiones, encías de color rosado, carrillos se observan de color rosado, lisa y brillante. Tórax se procede a la auscultación, palpación, inspección se observa la expansión correcta del tórax, con pulso cardíaco rítmico 85 por minuto. En piel íntegra, presencia de herida quirúrgica por cesárea.

SOMATOMETRIA

Peso: 75kg

Talla: 1.68

T° 36.7

FC 85

FR 22

T/A 130 /80

VII. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE

MARJORY GORDON

7.1. PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD

Paciente femenina de 27 años ingresa al área de tococirugia por trabajo de parto face activa padres con antecedentes patológicos referidos, su estado de salud es estable procedente de san Luis potosí. Con diagnóstico trabajo de parto.

Tabaquismo y alcoholismo negados se encuentra en monitorización sin medicamentos.

7.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

No se encontraba en ayuno, mucosa oral hidratada sin lesiones ml de Hartman para vena permeable, piezas dentales completas con regular higiene se encuentra con venoclisis sin presencia de flebitis.

7.3. PATRÓN ELIMINACIÓN.

La paciente no tiene problemas para evacuar y orinar, no utiliza ningún medicamento que le ayude en su evacuación.

7.4. PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO

Su movilidad se encuentra recerbada por un borramiento de 75 % y dilatación de 5 se le indica reposo absoluto, se le explica como movilizarla, signos vitales T/A 130 /80, FC 85, FR 22, T° 36.7.

7.5. PATRÓN SUEÑO - DESCANSO.

Paciente refiere que no ha podido dormir muy bien ya que presenta dolor lumbar y movimientos fetales presentes y consecutivos asi como contracciones repentinas durante el dia de ayer.

7.6. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

no tiene problemas para escuchar ni para ver , sus pupilas isocóricas.

7.7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO.

La paciente se siente querida por sus familiares y pareja, refiere sentirse nerviosa y tranquila a la vez.

7.8. PATRÓN ROL - RELACIONES.

La paciente refiere que vive con su esposo y hijo, tiene una buena relación con su familia y sus amigos.

7.9. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN.

Refiere que su menstruación inicio a los 13 años, ha tenido dos embarazos una cesárea. Por el momento no utiliza ningún método anticonceptivo, refiere cuidarse con dispositivo intrauterino por el momento.

7.10. PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

La paciente refiere que cuando tiene problemas suele recurrir a su esposo o papas, también dice que se siente un poco nerviosa por el parto.

7.11. PATRÓN VALORES - CREENCIAS.

Religión católica refiere que su religión le ha ayudado mucho en estos momentos, que está contenta con su familia y su nuevo miembro a la familia.

VIII. PLAN DE ATENCIÓN

8.1. RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

Dominio 4: Actividad/reposo Clase : percepción de la salud

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	evaluación
Paciente femenino de 27 años de edad dx de trabajo de parto T/A 130 /80 FC 80 FR 22 T° 36.6	Riesgo de infección F/R procedimientos invasivos	Control de riesgo	Protección contra las infecciones	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. • Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. • Aislar a las personas expuestas a 	Se logró que el paciente encontrara un sistema de apoyo para realizará sus actividades. El paciente se pudo integrar a sus actividades diarias con apoyo de un familiar.

				<p>enfermedades transmisibles.</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.	
--	--	--	--	---	--

8.2. DOLOR AGUDO (00132)

Dominio 12: Confort . Clase 1: confort físico

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Valoración	Diagnostico	objetivos	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente femenino de 27 años de edad que cursa por trabajo de parto focalizada se observa facies de dolor con una Eva de 8 mucosa oral secas palidez de tegumentos y refiere tener dolor T/A 130 /80 FC 80 FR 22 T° 36.6	Dolor agudo	Disminuir el dolor al máximo a corto plazo.	Monitoreo toma, registro e interpretación de signos vitales.	El control de signos vitales permite la valoración del estado físico del paciente.	Se logró la estabilización de signos vitales.
	F/R Agentes lesivos M/P Conducta expresiva, postura para evitar el dolor, informe verbal del dolor	Realizar valoración continua, para controlar el nivel a la aparición del dolor. Participar en el restablecimiento del estado de confort del paciente disminuyendo la presencia del dolor.	Aplicación de la valoración del dolor por la escala de (EVA). Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes preparación y administración (ketorolaco IV,IM.)	Valoración continua de la escala de EVA para saber la intensidad del dolor hasta que manifieste un valor mínimo de 1. Ketorolaco antiinflamatorio no esteroide (AINE) con acciones analgésicas, antiinflamatorios y antipiréticas. Con un efecto analgésico periférico. Bloqueo peridural	La disminución del dolor fue gradualmente. Los analgésicos disminuyeron la intensidad del dolor.

			<p>Explorar con la paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.</p> <p>Proporcionar información acerca del dolor, tal como la causa, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan.</p> <p>Enseñar métodos no farmacológicos del control del dolor.</p>		
--	--	--	---	--	--

IX. PLAN DE ALTA

Se le brindan a la persona y familia los datos de alarma y se dan a conocer los signos y síntomas más comunes, así como las complicaciones más frecuentes. Se le explica que el tratamiento farmacológico si es prescrito y necesario.

Se pide apoyo al familiar del paciente para que este pendiente del cuándo ya se encuentre en su hogar para que el paciente no valla a sufrir ningún accidente y a si pueda llegar a su pronta recuperación, tanto la madre como su neonato.

CUIDADOS ESPECIFICOS POS- HOSPITALARIOS

Se explica la importancia del tratamiento farmacológico y la importancia de llevarlo a cabo adecuadamente, los síntomas disminuirán. Se le reitera, la importancia del tratamiento farmacológico si es necesario además de llevar una dieta adecuada, para recuperación de perdidas de nutrientes esenciales durante el embarazo y el adecuado crecimiento del neonato..

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- Fiebre.
- Escalofríos.
- Inflamación
- Coágulos de sangre (loquios)

Signos de alarma post-parto

Abundante sangrado de color rojo intenso (que empapa más de una toalla sanitaria en menos de una hora) o coágulos de sangre grandes (del tamaño de una pelota de golf).

Dolor abdominal severo, distinto de las contracciones después del parto.

Fiebre superior a 38° C.

Dolor de cabeza persistente; cambios en la visión, como manchas frente a sus ojos; hinchazón rápida de la cara, los pies, los dedos de las manos e hinchazón general.

Aumento del enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, olor o secreción en el lugar de la episiotomía.

Incisión de la cesárea que se ha abierto, tiene mal olor, presenta color rojizo o secreción.

Área sensible, hinchada, caliente, dura o enrojecida en la pantorrilla o en las piernas (Puede ser indicio de flebitis o coágulo de sangre).

Área caliente, dura, enrojecida y dolorosa al tacto en los senos (Puede ser indicio de infección en un seno y requerir antibióticos. Por lo general, se presenta acompañada de fiebre).

- Depresión/tristeza posparto persistente (durante más de dos a cuatro semanas)
- Micción frecuente y/o ardor al orinar

SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO

Es conveniente que el recién nacido tenga cuidados mediatos e inmediatos durante el proceso de parto ya que pueden llegar a existir complicaciones que pongan en riesgo su vida;

Color de la piel anormal

Piel azulada. Cuando vea un color azulado en el interior o alrededor de la boca, la lengua, en manos y pies puede tratarse de cianosis

Piel amarilla. La ictericia en los primeros días del RN es común pero si la coloración es muy fuerte y se da en las primeras 24 horas de vida, con orina muy oscura y deposiciones blancas.

Piel muy pálida o gris podría indicarnos que el RN se encuentra muy frío o que tiene alguna enfermedad.

Temperatura del RN

Fiebre: Si la temperatura del RN es mayor a 38 grados tiene fiebre. Toma la temperatura.

Hipotermia: Si la piel está muy fría por debajo de los 35 grados.

Vómitos frecuentes

Regurgitación diferente a la normal muy violenta y constante.

Evitar la deshidratación.

La textura y color de las deposiciones

Si son acuosas es diarrea y si hay presencia de moco o sangre, puede tratarse de una deshidratación. Si no presenta deposiciones de manera regular y le duele, puede tratarse de estreñimiento u otro padecimiento.

Bebé presenta dificultad para respirar

Síntomas de esta dificultad son un ritmo elevado de respiración, 60 respiraciones por minuto o pausas sin respirar de más de 20 segundos, piel azulada, ruidos al respirar y quejidos.

Cambios en el comportamiento

Llanto frecuente: Si el RN está irritable, llora sin control aún después de haberle dado de comer, bañado, cambiado, etc.

RN somnoliento, débil si llora debilmente, si no se despierta para alimentarse, si no tiene tono muscular y se mueve menos de lo normal debes consultar

Convulsiones

Las convulsiones son movimientos involuntarios del cuerpo, bruscos, generalmente mirada perdida y temblores. La atención debe ser inmediata.

Cordón umbilical infectado

Si tiene inflamación de la piel alrededor del cordón umbilical o enrojecimiento, pus o sangre que le sale de allí, hedor o mal olor,

RN sin apetito.

Presenta dificultad o falta de fuerza en la succión de la leche, intolerancia y rechazo al alimento.

RN no orina u orina muy poco

El RN generalmente orinan 5 veces al día o más.

MEDICAMENTOS

- Ketorolaco 30mg 1tableta cada 8 hrs.

MANEJO DIETETICO

Suplemento de hierro y vitaminas importante para promover del tejido y restablecer la fortaleza de los músculos.

- Abundantes verduras, frutas.

- Aceite de olivo como principal fuente de grasa.
- Beber abundantes líquidos.
- Incluir pollo y pescado en cantidades moderadas.
- No incluir carnes rojas, embutidos y grasas.
- Procurar no aumentar de peso, ya que con el aumento de peso la recuperación será más lenta.

MANEJO DEL ESTRÉS

- Buscar actividades con familiares
- Se informa y se platica con los familiares para que vigilen el estado emocional de la paciente y que si observan un aumento del estrés o ansiedad esto se puede asociar con un problema de depresión post parto.
- Se sugiere que, si se detectan altos niveles de estrés, ansiedad o depresión, solicitar intervención post parto
- Grupos de apoyo, podrá socializar con otras personas que estén pasando por la misma situación.

X. CONCLUSIONES

El plan de cuidados es el conjunto de actuaciones que realiza la enfermera y el enfermero, para la detección, descripción, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas, y no solo en las situaciones de enfermedad.

Las ventajas de uso de planes de cuidados de enfermería estandarizados son multiples entre las que podemos mencionar;

Prevenir la variabilidad de la asistencia, mediante la normalización de la actividad de las enfermedades atravez del establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones a aplicar a cada paciente, familia y entorno.

Disminuir la variabilidad para aumentar la eficacia y se permita la evauacion de los resultados mediante la incorporación de indicadores.

Mejorar la práctica enfermera asumiendo las recomendaciones basadas en la evidencia sobre la base del conocimiento científico actual. Unificar los criterios en el sistema de trabajo de enfermería atravez de los places estandarizados encaminados a mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente,

Este trabajo que realice fue de gran ayuda en mi servicio social ya que es uno de los servicios que más me agrada en el hospital ya que hay empieza la vida y vemos desde su inicio grande oportunidades que nos da la vida por luchar, es esencial que aprendamos a manejar un servicio como toco cirugía ya que existen dos vidas en nuestras manos paciente materno fetal.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. s/a. Complicaciones del parto. [on line] Consultado el 23 de mayo de 2017 de: <http://www.ginecobstetra.com/embarazo/index-3.html>
2. s/a. Manual de Procedimientos SAMUR. (2017) [on line] Consultado el 3 de abril de 2017 de: http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/ApartadosSecciones/06_InvestigacionFormacion/Ficheros%20poster s/2015/JPC_Part0Extrahospitalario.pdf
3. Guia salud.es. (s.f. actualización) [On line] Consultado el 25 de febrero de 2017 de : http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p_p_id=EXT_3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&EXT_3_struts_action=%2Fext%2Fcontenidos%2Fvista_Previa&EXT_3_contenidoId=busquedas383&EXT_3_version=1.1&EXT_3_languageId=es_ES
4. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Trabajo de Parto (s.f. actualización). [On line] Consultado el 18 de abril de 2017 de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_4_p_3_prevenccion/atencion_perinatal/atencion_perinatal_objetivos?perfil=org
5. Hospital general de México. Guías de Práctica Clínica. Servicio de Ginecoobstetricia. (s.f. Actualización) [On line] Consultado el 2 de junio de 2017 de: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/17_trabajo_parto.pdf

6. Gobierno de la República Mexicana. Guías de Práctica Clínica. (Actualizado 2015). [on line] Consultado el 13 de enero de 2017 de <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

7. World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Ginebra 1996;[Citado 12 feb 2008].disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/care_in_normal_birth_practical_guide.pdfAbre nueva ventana.

8. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud.Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.[monografía de Internet}. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008;[acceso abril de 2008}. Disponible en: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnearcourt.

9. Jhonson M. Bulechek G., mCcloskey J., Maas M., Moorthead S. Diagnosticos enfermeros. Resultados e intervenciones interrelaciones. NANDA,NOC y NIC, Ed Mosby-Harcourt, Barcelona 2006,

10. McCloskey, J. C Bulechek, G.M, Clasificacion de intervenciones de enfermería. 5ta Ed, Mosby-Elsevier. Madrid. 2009

11. Guia de Actuacion de Enfermeria;Manual de Procedimientos, 2da Edicion.

12. NANDA International Diagnosticos enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011, Hather Herdman, PhD,RN,Elsevier

13. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Sue Moorheed, Marion Johnson, Merlean L. Maas, Elizabeth Swanson, 4 Ed.Elsevier

14. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Gloria M. Butchek, Howard k. Joanne McClosekey D OCHTERMAN 5 Edición.
15. Diccionario ilustrado de enfermería, Juventina Sanchez Guerreo, Trillas
16. Modelos y Teorías en Enfermería. Marriener-Tomey Harcourt Brace tercera edición 1994.
17. Lineamiento General para la Elaboración de planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición enero 2011, Comisión Permanente de Enfermería.
18. Work B. Pruebas de detección en poblaciones obstétricas generales para valoración de riesgo: ¿quién necesitará la práctica e pruebas? *Clín Perinatol* (Ed. en Español) 1994; 4: 703-8.
19. Alcántara R; Casiano S. Morbimortalidad perinatal en la Pre- eclampsia. *Revista de Ginecología y Obstetricia* 1989; 35: 21-4.
20. Brett E. *Pediátrica*. España 1980. pp. 17-49.
21. Carrera JM. *Monitorización Fetal Anteparto*. Salvat Editores. 1980.
22. Carter B y Col. Definición de asfixia perinatal aguda. *Clín. Perinat.*(Ed. en Español) 1993; 2: 311-26.
23. Chari RS, Friedman SA, OBrien JM, Sibai BM. Daily antenatal testing in women with severe pre-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(4): 1207-10.
24. Colton T, Kayne HL, Zhang Y, Heeren T. A metaanalysis of home uterine activity monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(5): 1499-505.
25. Cunningham G, MacDonald MD, Gant, Norman MD. *Williams Obstetrics*. 4ta Edición. Masson S.A. México 1996.
26. Dellinger E, Boehm F. Tratamiento de urgencia del estrés y sufrimiento fetales, en la paciente obstétrica. *Clín Ginecol Obstet* (Ed. en Español) 1995; 2:201-17.
27. Devoe LD. Métodos automatizados de valoración fetal. *Clín Perinatol* 1994; 4: 859-73.

28. Gonzales M, Canales O, Oliveros M, Regalli G, Goyzueta S, Livia C. Relación entre la evaluación clínica del sufrimiento fetal agudo, tipo de parto y estado del recién nacido. *Revista de Ginecología y Obstetricia* 1988; 33(5): 53-9.

29. Huamán E, Jos J, Lam N. Embarazo prolongado, características cardiotocográficas. *Revista de Ginecología y Obstetricia* 1993; 39(16):33-43.

30. Johnson T. Percepción materna y detección Doppler del movimiento fetal. *Clín Perinatol (Ed. en Español)* 1994; 4: 765-75.