



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

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

**ESTUDIO DE CASO DIRIGIDO A UNA MUJER EMBARAZADA
CON DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

ESTHER LUNA MUJICA

NO. CUENTA: 406115744

**MTRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL
ASESORA**

NOVIEMBRE, 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

*A quién que me percibe en todas partes
mira todo en mí, y nunca me pierde de
vista ni yo lo pierdo a él, donde se
encuentra Dios no hace falta nada.*

*Al hombre que es mi mayor ejemplo y
admiración en la vida, que a pesar de su
ausencia física siempre percibí su mano
apoyando mi hombro dándome fuerza y
valor para culminar mi meta. Con todo mi
amor a mi padre querido Sr. Sabas Luna
Ochoa (Finado).*

*A la mujer más sublime y noble que me
dió la vida, que confió siempre en mí
brindándome su apoyo incondicional,
siendo siempre mi ángel de la guarda.
Con todo mi amor y orgullo a mi madre
querida Sra. Flora Mujica Jardón.*

*A mis hermanos, David, Elizabeth, Sabas,
Micaela, Daniel, Ismael, e Itzel como un
ejemplo de superación.*

*A mis amigas y compañeras de grupo,
Ángeles, Rocío, María y Ericka, que
cuando sentí desistir tuve su apoyo
incondicional. Gracias Mil.*

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Autónoma de México y
Escuela Nacional de Enfermería y
Obstetricia por permitirme
orgullosamente ser integrante de ellas.*

*A la Maestra Angelina Rivera Montiel por
impartirme sus conocimientos teóricos-
prácticos, durante el desarrollo de mi
carrera profesional hasta el culminar el
presente. Gracias mil.*

*A las instalaciones del Hospital del Niño
Morelense por abrirnos sus aulas y
permitir el crecimiento académico en
enfermería.*

*A la Maestra Norberta López Tarango
por inculcar la enseñanza y desarrollo de
la profesionalización de enfermería.*

*A las instalaciones del Hospital General
Tetecala “Dr. Rodolfo Becerril de la Paz”
por permitirnos el campo clínico para la
realización de las prácticas pertinentes.*

*A nuestros tutores Dra. María de la Luz
López Moreno, Dra. Rafaela Quintanar
por impartirnos su enseñanza teórica-
práctica durante la realización de las
mismas.*

INDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	01
I.OBJETIVOS	02
General	
Específico	
II. MARCO DE REFERENCIA	
Proceso de Atención de Enfermería	03
Concepto	
Características	04
Perspectiva histórica del Proceso de Atención de Enfermería	
Valoración	05
Concepto	
Objetivo	06
Tipos de valoración	
Fuentes de información	
Tipo de datos	07
Métodos de valoración	09
Instrumento de registro	
Organización de los datos	10
Validación de datos	
Registro de datos	
Diagnóstico de Enfermería	11
Concepto	
Objetivo	12
Antecedentes de la NANDA	13
Definición de ejes	15
Etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas	
Componentes de un diagnóstico enfermero	19
Tipos de diagnósticos enfermeros	20
Componentes esenciales de los diagnósticos enfermeros en base al formato PES.	

Planeación	21
Concepto	
Objetivo	
Tipos de intervenciones de enfermería	
Criterios de resultado	
Ejecución	23
Pasos de la ejecución	
Habilidades de enfermería en la ejecución	
	24
Evaluación	
Concepto	
Objetivo	
Necesidades fundamentales de Virginia Henderson	
Antecedentes históricos de Virginia Henderson	25
Principales conceptos y definiciones	27
Metaparadigma	
La persona y las 14 necesidades básicas	28
Independencia	29
Dependencia	
Las causas de la dificultad	
Tipos de dependencia	
Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud	30
Causas de dependencia	
14 Necesidades de Virginia Henderson.	31
Fisiología de la eliminación urinaria	
Fisiología de la eliminación urinaria	32
Estructura del aparato urogenital	35
Alteraciones en la eliminación urinaria	36
Factores seleccionados asociados a la alteración de la eliminación urinaria.	37
Alteraciones que afectan la	39
eliminación urinaria	
Bacteriuria asintomática (Ba)	
Cistitis aguda	40
Pielonefritis aguda	41
Cuadro clínico de infección de vía urinarias	42
Ruptura prematura de membranas	
Concepto	

Factores predisponentes	43
Riesgos maternos	
Riesgos fetales	
Signos y síntomas	
Tratamiento	
Parto pretérmino	
Concepto	
Factores de riesgo	45
Tratamiento.	
III. METODOLOGÍA	
Valoración	
Diagnóstico de enfermería	47
Planeación	
Ejecución	
Evaluación	
IV. INSTRUMENTACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	
Valoración de necesidades humanas	49
Diagnóstico de enfermería.	51
(Jerarquización de necesidades alteradas)	53
Planeación, ejecución y evaluación	73
V. CONCLUSION	74
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCION

Anteriormente el desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban en órdenes escritas por lo médicos y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona. Con frecuencia se aplicaban cuidados dependientes del tratamiento médico o eran guiados por la intuición y no por la reflexión.

En la actualidad el Proceso de Atención de Enfermería se centra en el funcionamiento lógico y fundamentado de las actividades que realiza la enfermera, para proporcionar cuidados individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas a las alteraciones de salud reales o de riesgo del individuo, familia ó comunidad. Las cuales deben ser aplicables en todas las situaciones para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y máxima satisfacción sus necesidades.

Como muestra de ello, el presente proceso, pretende evidenciar las habilidades cognitivas, de interacción y tecnológicas. Se realizó siguiendo las cinco etapas básicas y consecutivas que lo conforman, tomando en cuenta la previa autorización de la Sra. E. M. F. en la valoración se identificaron los problemas reales, de alto riesgo y de bienestar, tomando como prioritario el deterioro de la eliminación urinaria, por las alteraciones que ésta causaba a su bienestar.

Es nuestra decisión como profesionales que llevemos de la mano el instrumento de valoración tan eficaz que tenemos, y que realmente impacte y se observe en nuestras intervenciones y la mejora en la calidad de nuestros usuarios.

El estudio de caso se estructuro en cinco capítulos, el primero se orienta hacia los objetivos del estudio de caso, el siguiente describe el marco teórico que lo fundamenta; el tercer capitulo explica la metodología y el cuarto muestra la aplicación práctica del proceso de atención de enfermería. Por último se presentan las conclusiones y bibliografía.

I.OBJETIVOS

1.1. General

A través del Proceso de Atención de Enfermería ayudar a la embarazada, a satisfacer su necesidad de alteración en eliminación relacionado a infección del tracto urinario manifestado por poliaquiuria.

1

1.2. Específicos

1.2.1. A través de la valoración obtener datos que permitan identificar, la independencia o la dependencia de sus necesidades y los problemas que afectan sus necesidades.

1.2.2. Con base a los problemas identificados establecer los diagnósticos de enfermería pertinentes.

1.2.3. Mediante los diagnósticos de enfermería identificados planear los cuidados de enfermería.

1.2.4. Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería planeados.

II.-MARCO DE REFERENCIA

2.1. Proceso de Atención de Enfermería

2.1.1 Concepto

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”¹

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular.

El proceso de atención de enfermería, es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería, es cíclico; es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.

Se compone de cinco fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería, es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas por el que el profesional de enfermería utiliza opciones, conocimientos, habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales para diagnosticar y tratar los problemas reales o potenciales de la salud, y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

2.1.2 Características:

- *Es sistemático* por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.
- *Es humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.
- *Es intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades) el desempeño del cliente y la propia enfermera (o).

¹. RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia “Proceso Enfermero” 2ª Edición Editorial Cuellar México 2002 pp. 29.

- *Es dinámico* por estar sometido diversos cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- *Es flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.
- *Es interactivo* por requerir de la interrelación humano-humano con el cliente, familia u otros profesionales sanitarios para acordar y lograr objetivos comunes.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana”²

La enfermera (o) al aplicar el proceso podrá experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico “deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias”.³

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia o comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados cubriendo las necesidades individuales del cliente familia o comunidad que permitan mantener o recuperar la salud.

2.1.3. Perspectiva histórica del Proceso de Atención de Enfermería

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y se centraban en los procesos patológicos específicos más que el cuidado a la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

² ALFARO L. Rosalinda. “Aplicación Práctica del Proceso de Atención de Enfermería”. 5ª Edición, Editorial Interamericana. México 2003 pp.33

³ RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.31

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera (o), es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles para la naturaleza evolutiva de la profesión. Tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Weidenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Bach (1974), Roy, Mundiger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de 5 fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Para la Asociación Americana de Enfermería, el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas favoreciendo el desarrollo de la enfermera como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es un requisito para el ejercicio de la Enfermería Profesional, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía en el ámbito de enfermería falta mucho camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aun en nuestros días.

2.1.4. Valoración

Concepto: La valoración es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recolección, organización, validación y registro de datos. Es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del cliente, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo y los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud del cliente, familia y comunidad.

Objetivo: Crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente. Las respuestas del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.

Tipos de valoración:

- *Valoración inicial:* Es la que se realiza al ingreso del cliente, la cual establece una base de datos completa, para identificar el problema, las referencias y futuras comparaciones.
- *Valoración focalizada:* Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros, que determina el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior.
- *Valoración urgente:* Esta se realiza durante cualquier crisis fisiológica del cliente, con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida.
- *Valoración de un tiempo:* Esta se lleva a cabo varios meses después del estudio inicial, con el propósito de comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.

Fuentes de información:

- *Fuente primaria:* La principal fuente de información es el cliente, siempre y cuando no se encuentre demasiado enfermo, ni demasiado joven ó tenga confusión mental, para poderse comunicar con claridad.
- *Fuente secundaria:* Las fuentes secundarias aportan datos que complementan y dan valor a los datos obtenidos por el cliente. Entre ellas se consideran, la familia y/o personas de apoyo, otros profesionales de la salud, los registros e informes, datos de laboratorio y diagnóstico (expediente clínico), y publicaciones pertinentes.

Tipo de datos:

- *Datos subjetivos:* Conocidos como síntomas ó datos “no visibles”, son solo evidentes para la persona afectada y únicamente pueden describirlo ó verificarlo esa persona.
- *Datos objetivos:* También llamados signos ó datos manifiestos, son detectados por el observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler y son obtenidos mediante la observación ó exploración física.
- *Datos históricos - antecedentes:* Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación,

adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

- *Datos actuales:* son datos sobre el problema de salud actuales.

Métodos de valoración:

Los principales métodos para la valoración del cliente son la observación, la entrevista, y la exploración física. La enfermera utiliza simultáneamente los tres métodos para valorar a los clientes.

- *La observación:* Es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado para reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación tiene dos aspectos, reconocer los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir; percibirlos.
- *La entrevista:* Es una comunicación programada ó una conversación que se realiza con el propósito, de dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo, o proporcionar asesoramiento o tratamiento. Hay dos sistemas de entrevistas:
 - a) *La entrevista dirigida:* Es muy estructurada y proporciona información específica, la enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma haciendo preguntas cerradas. El cliente responde a las preguntas con poca posibilidad de hacer preguntas o de comentar sus inquietudes.
 - b) *Entrevista no dirigida:* La enfermera incita la conversación haciendo preguntas abiertas y permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de charla, para crear una relación de compenetración, que es el entendimiento entre dos o más personas.
- *Exploración física:* La exploración física es un método sistemático de recolección de datos que utiliza las capacidades de la observación llevando acabo el método cefalocaudal para descubrir problemas de salud.

Para llevar a cabo la exploración se utilizan los métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión.

- a) *Inspección:* “La inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído” .Es un proceso activo en donde la

enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden ha seguir, con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor, ruidos que emite el cliente etc.

- b) *Palpación*: “La palpación es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto”. Es decir con la yema de los dedos ya que por su inervación las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de los órganos, pulsos periféricos etc.
- c) *Percusión*: “La percusión es un método de la valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones”. Se emplea para estimar el tamaño y forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. Puede ser directa al golpear el área que va a percutir con la yema de los dedos o indirecta cuando se coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y se procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.
- d) *Auscultación*: “La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo”.⁴ Sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos, es directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardíaca, respiración y tensión arterial) deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiendo detectar problemas reales y de riesgo. La valoración de estas constantes vitales debe considerarse desde el estado de salud previo y actual del cliente considerando los estándares aceptados como normales. Esta actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del cliente, cuando este presente a cambios en el estado de salud, antes de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás deben considerarse como rutina.

El examen físico concluye con la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales) estos permiten valorar en forma general del cliente, al identificar el crecimiento normal o anormal de las estructuras corporales al mismo tiempo que sirven para calcular la dosis de medicamentos indicados por el médico.

⁴RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.44

Instrumento de registro: Los registros del cliente comprenden los datos documentados por varios profesionales de la salud, también contienen informes relativos a la ocupación de éste, su religión y estado civil.

- *Los informes médicos*, historia clínica, exploración física notas de evolución y consultas, dan pauta sobre la salud, enfermedades anteriores y actuales del cliente, suministra información sobre los comportamientos que adopta el cliente, sus hábitos de salud, enfermedades y alergias previas.
- *Los informes sobre el tratamiento de otros profesionales sanitarios*, tales como asistentes sociales, especialistas en nutrición dietistas, psicoterapeutas ayudan a obtener datos no expresados por el cliente, por ejemplo informe sobre condiciones de vida.
- *Los datos de laboratorio* aportan información sanitaria de interés, a menudo se solicitan formando parte de la exploración inicial del médico, para ayudar al diagnóstico o vigilar un tratamiento médico. Las enfermeras podemos utilizar la misma prueba de laboratorio para vigilar la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería.
- *Los informes verbales de otros profesionales sanitarios* sirven de posibles fuentes adicionales para informarse sobre la salud de un cliente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando se traslada a los clientes a su casa o se envía desde ella a otros centros de asistencia sanitaria.
- *La revisión de la literatura, sobre enfermería y publicaciones* relacionadas, como revista profesionales y texto de consulta aportan otros informes para la base de datos, entre algunas normas útiles para comparar hallazgos (tablas de estatura, peso etc.), hábitos sanitarios culturales y sociales, creencias espirituales, datos adicionales para la valoración, actuación de enfermería y criterios de evaluación, información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

Organización de los datos: Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatologías ya que son considerados como Modelos Enfermeros, para valorar y organizar la información.

Para la organización sistemática de datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado conocido como: historia de enfermería y valoración de enfermería basada en diferentes teorías y modelos.

Hay muchos modelos y esquemas disponibles para la recogida y registro sistemático de los datos. El esquema se puede modificar de acuerdo con el estado físico del cliente. Entre ellos los siguientes:

➤ *Modelos conceptuales de enfermería:*

Gordon (1987), elaboró un esquema de patrones funcionales de la salud, emplea la palabra patrón para referirse a la secuencia de comportamientos.

Orem (1991), define ocho requisitos universales del auto cuidado.

Roy (1984), describe los datos que deben ser recogidos de acuerdo a su modelo de adaptación y clasifica el comportamiento observable: necesidades fisiológicas, auto concepto, papel funcional e interdependencia.

➤ *Modelos de bienestar:*

Las enfermeras emplean modelos de bienestar para ayudar a los clientes a reconocer los riesgos para la salud y profundizar los hábitos de vida y en su conducta, hacia la salud en las ideas, valores y actitudes que influyen en el grado de bienestar.

➤ *Modelo de sistemas corporales:*

Es el modelo de exploración por aparatos y sistemas corporales, se centra en la alteración del sistema cutáneo, respiratorio, cardiovascular, nervioso, musculo esquelético, digestivo, genitourinario, y reproductor.

➤ *Jerarquía de necesidades Maslow:*

Reúne datos relativos a las necesidades fisiológicas para sobrevivir, necesidades de seguridad e inocuidad, de amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Validación de datos: Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos).

La validación consiste en un doble examen o inspección de datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos.

Los indicios son datos subjetivos u objetivos que pueden ser observados directamente por la enfermera entre lo que el cliente dice y lo que la enfermera puede ver, oír, sentir, oler o medir.

Las deducciones son las conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios. Para recoger los datos en forma precisa, la enfermera debe tener

en cuenta sus propios prejuicios, valores, creencias, y separar los hechos de las deducciones, interpretaciones y suposiciones.

Se habla de conclusión anticipada cuando las suposiciones se aceptan como hechos.

Registro de datos: Es el último paso de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Con respecto al registro de datos, este varía de un centro laboral a otro, pero “el saber cómo y el qué anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional”.⁵

10

Recomendaciones en el momento de efectuar anotaciones:

- 1.-Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
- 2.-Evitar juicios de valor.
- 3.-Escribir textualmente lo que el cliente expresa (entrecorrido).
- 4.-Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
- 5.-Señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta.
- 6.-Procurar que la información sea importante y relevante.
- 7.-Realizar anotaciones claras y concisas y completas.
- 8.-Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- 9.-Evitar dejar espacios en blanco.
- 10.-cuidar la ortografía y abreviaturas.
- 11.-Anotar fecha y hora en la que se realiza el registro.
- 12.- Escribir la información que proporcionó el equipo sanitario.
- 13.-Registrar cuando el cliente o su familia rechaza determinado cuidado o medida terapéutica.

2.1.5. Diagnóstico de Enfermería

Concepto: Es la segunda fase del proceso de enfermería, etapa crucial en la que la enfermera utiliza sus habilidades de pensamiento crítico, para interpretar los datos de valoración e identificar los factores relacionados y los problemas que pueden resolverse mediante las intervenciones de enfermería.

Objetivo: identificar las respuestas reales o posibles que se considera ocasionan problemas al paciente.

⁵ RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.47

Diagnóstico de enfermería:(NANDA 1990).

“El diagnóstico enfermero es el juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o comunidad problemas de salud/ procesos vitales reales y potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.”⁶

Antecedentes de la NANDA:

La primera definición de diagnóstico enfermero fue formulada por Abdellah (1957), quien afirmó que consistía en “determinar la naturaleza y la magnitud de problemas de enfermería que afectaban a pacientes individuales o familias que estaban recibiendo cuidados enfermeros”.

Desde la década de los años 70, los profesionales de enfermería identifican la necesidad de estandarizar el lenguaje científico utilizando en relación con el cuidado que brindan.

Los tres lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nursing Association (ANA) son:

- 1.-El lenguaje de diagnósticos desarrollados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- 2.-El lenguaje de intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
- 3.-El lenguaje de los resultados de la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC).

En 1970 comienza el lenguaje estandarizado con el desarrollo de la Clasificación diagnóstica NANDA.

En 1980 se efectuó su reconocimiento cuando la ANA publicó “Nursing A Social Policy Statemen” donde manifiesta que “La enfermería es diagnóstico y tratamiento de respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.⁷

En 1982 se acepta la denominación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Para ese entonces se había desarrollado y aceptado una lista con 50 diagnósticos, luego con el desarrollo de la taxonomía se incluyeron nueve patrones, los cuales son: Intercambio, Comunicación, Relaciones, Valores, Elección, Movimiento, Percepción, Conocimiento, y Sentimientos / Sensaciones.

⁶ KOZIER.Barbara et'al “Fundamentos de Enfermería” 5ª Edición Vol. I pp.116

⁷ Ibid pp. 134

El objetivo de la NANDA es “definir, proporcionar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica enfermera de uso general para las enfermeras profesionales”.

La NANDA esta compuesta por enfermeras especialistas clínicas, profesores universitarios, directoras de enfermería, decanas, teóricas e investigadoras.

En 1988 la NANDA y ANA establecieron un acuerdo de la colaboración para proseguir el desarrollo de la taxonomía.

El trabajo de la NANDA se publica cada año realizando un esfuerzo continuo y significativo, para proporcionar un lenguaje útil que permita documentar la contribución de la enfermería, al mantenimiento, recuperación y rehabilitación de personas, familias y comunidad.

Diagnósticos de la NANDA:

Definición de ejes:

- *El concepto diagnóstico:* se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. Describe la “respuesta humana” y es núcleo del diagnóstico.
- *El sujeto diagnostico:* se define como la(s) persona(s) concreta(s) para las que se formula un diagnóstico determinado. Sus valores son:
 - Persona: Ser humano singular, distinto a los demás.
 - Familia: Dos o más personas que mantiene relaciones continuas o sostenidas, que perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionados por consanguinidad o elección.
 - Grupo: Varias personas que comparten características.
 - Comunidad: Grupo de personas que viven en un mismo lugar bajo el mismo gobierno (vecindarios, ciudades etc.)
- *El juicio* es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Los valores del juicio son:

VALOR	DEFINICION
• Alterado	Agitado, interrumpido, que ha sufrido una interferencia.
• Anticipado	Hecho de antemano, previsto
• Bajo	Por debajo de la norma.
• Comprometido	Lesionado, vulnerable a una

• Defensivo	amenaza. Usado o intentado usar como defensa o protección.
• Deficiente	Inadecuado, insuficiente.
• Desequilibrado	Que ha perdido proporción o equilibrio.
• Desproporcionado	Demasiado grande o pequeño en comparación a la norma.
• Desorganizado	Dispuesto o controlado de manera inadecuada.
• Deteriorado	Debilitado o lesionado.
• Disfuncional	De función anormal.
• Disminuido	Reducido en (numero cantidad o grado).
• Disposición para	En un estado apropiado para una actividad o situación.
• Efectivo	Que produce el efecto pretendido o deseado.
• Excesivo	Mayor de lo necesario o deseable
• Incapacitado	Limitado o discapacitado.
• Inefectivo	Que no produce efecto pretendido o deseado.
• Interrumpido	Que se ha roto la continuidad.
• Mejorado	Acrecentado la calidad, valor o extensión.
• Organizado	Adecuadamente dispuesto controlado.
• Percibido	Observado a través de los sentidos.
• Retrasado	Tardío, lento, pospuesto.
• Situacional	Relacionado con una circunstancia particular.

➤ *La localización* describe las partes o regiones corporales y las funciones relacionadas corporales (tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas). Los valores de la localización son:

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| • Auditivo | • Intracraneal |
| • Cardiopulmonar | • Membranas mucosas |
| • Cerebral | • Neurovascular periférico |
| • Cenestésico | • Olfatorio |
| • Cutáneo | • Oral |
| • Gastrointestinal | |

- Gustativo
- Intestinal
- Intracraneal
- Renal
- Táctil
- Vascular periférico
- Visual

➤ *La edad* se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico sus valores son:

- Feto
- Neonato
- Lactante
- Preescolar
- Escolar
- Adolescente
- Adulto joven
- Adulto Maduro
- Anciano

➤ *El tiempo* describe la duración del concepto diagnóstico sus valores son los siguientes:

- Agudo: Menos de 6 meses
- Crónico :Más de 6 meses
- Intermitente: Cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
- Continuo: Ininterrumpido sin parar

El estado del diagnóstico: se refiere a la actualidad o potencialidad del problema o categorización del diagnóstico como de salud/promoción a la salud.

Promoción a la salud: Comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en materia de salud.⁸

Etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas

1.- RESPIRACIÓN:

- Gasto cardíaco, disminución del
- Intercambio gaseoso, deterioro del
- Vías aéreas, limpieza ineficaz de las
- Respiratorio, patrón ineficaz

⁸ NANDA International “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación” Edición 2007-2008 pp. 266-271.

- Ventilación espontánea, dificultad para mantener la
- Destete respiratorio respuesta disfuncional al
- Asfixia, alto riesgo de
- Aspiración, alto riesgo de

2.- ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

15

- Nutrición, alteración de la: por exceso
- Nutrición, alteración de la: por defecto
- Nutrición, alteración potencial de la: por exceso
- Líquidos, exceso del volumen de
- Líquidos, déficit de volumen de
- Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de
- Autocuidado, déficit de: alimentación
- Deglución, deterioro de la
- Lactancia materna ineficaz
- Lactancia materna interrumpida
- Lactancia materna eficaz
- Alimentación infantil inefectivo, patrón de

3.- ELIMINACIÓN:

- Estreñimiento
- Estreñimiento subjetivo
- Estreñimiento crónico
- Diarrea
- Fecal, incontinencia
- Urinaria, alteración de la eliminación
- Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- Incontinencia urinaria: refleja
- Incontinencia urinaria: de urgencia
- Incontinencia urinaria: funcional
- Incontinencia urinaria: total
- Urinaria, retención
- Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc

4.- MOVILIZACIÓN:

- Desuso, alto riesgo de síndrome de
- Movilidad física, trastorno de la
- Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción
- Actividad, intolerancia a la

- Fatiga
- Actividad, alto riesgo de intolerancia a la

5.- REPOSO/SUEÑO:

- Sueño, alteración del patrón

6.- VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA:

- Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento

7.- TEMPERATURA:

- Temperatura corporal: Alto riesgo en la alteración
- Hipotermia
- Hipertermia
- Termorregulación ineficaz

8.- HIGIENE/PIEL

- Perfusión Hística, alteración de la (especificar) renal,
- Cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.
- Hística, deterioro de la integridad
- Membrana mucosa oral, alteración de la
- Cutánea, deterioro de la
- Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad
- Auto cuidado, déficit de: baño/higiene

9.- SEGURIDAD:

- Infección, alto riesgo de
- Disreflexia
- Lesión, alto riesgo de
- Intoxicación, alto riesgo de
- Traumatismo, alto riesgo de
- Protección, alteración de la
- Familiares, alteración de los procesos
- Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el
- Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el
- Afrontamiento defensivo
- Negación ineficaz
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitarte.
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)
- Crecimiento y desarrollo, alteración del
- Traslado, síndrome de estrés por
- Dolor

- Dolor crónico
- Duelo disfuncional
- Duelo anticipado
- Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
- Automutilación, alto riesgo de
- Post-traumática, respuesta
- Violación, síndrome trauma de
- Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta
- Violación, síndrome traumático de: reacción silente
- Ansiedad
- Temor

10.- COMUNICACIÓN:

- Comunicación verbal, trastorno de la
- Social, deterioro de la interacción
- Social, aislamiento
- Sexual, disfunción
- Sexualidad, alteración de los patrones de
- Afrontamiento individual: ineficaz
- senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, Auditivas, cenestésicas, gustativas, táctiles, olfato.

11- RELIGIÓN/CREENCIAS:

- Espiritual, sufrimiento
- Tratamiento, no seguimiento del (especificar)
- Decisiones, conflicto en la toma de (especificar)
- Desesperanza
- Impotencia

12- TRABAJAR/REALIZARSE

- Rol, alteración en el desempeño del
- Parenteral, alteración
- Parenteral, alto riesgo de alteración
- Parenteral, conflicto del rol
- Adaptación, trastorno de la
- Salud, conductas generadoras de (especificar)
- Hogar, dificultades en el mantenimiento del
- Salud, alteración en el mantenimiento de la
- Imagen corporal, trastorno de la
- Autoestima, trastorno de la
- Autoestima, déficit de: crónico

- Autoestima, déficit de: situacional
- Identidad personal, trastorno de la

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS:

- Actividades recreativas, déficit de

14.- APRENDER:

- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- Conocimientos, déficit de (especificar)
- Pensamiento, alteración de los procesos de

Componentes de un diagnóstico enfermero:

1.- Enunciado del problema (Etiqueta diagnóstica)

El objetivo de la etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud o la respuesta del individuo, para el cual se esta administrando el tratamiento de enfermería, guía a la elaboración de objetivos y de criterios de resultado tras las intervenciones de enfermería.

Toda etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA lleva una definición que explica las características de la respuesta humana que se esta considerando.

Las definiciones o (calificadores) son palabras que se han añadido a algunas etiquetas de la NANDA, y para completar el significado del enunciado diagnóstico:

- Alteración: Se ha producido un cambio con respecto a la situación inicial.
- Deterioro: Evolución peor, debilitamiento, lesión, deterioro, reducción.
- Disminución: menor tamaño, menor cantidad, menor grado.
- Inefectivo o ineficaz: Que no produce un efecto deseado.
- Agudo: Grave o corta duración.
- Crónico: De larga duración, recurrente, constante.

2.-Etiología (Factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico del diagnóstico identifica una o mas causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención del cliente. En la etiología pueden incluirse comportamientos del cliente, los factores ambientales o la interacción de ambos.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o causa probable de los diagnósticos de enfermería reales.

El factor de riesgo se utiliza para describir la etiología de diagnósticos de enfermería de riesgo (potenciales) porque no hay signos subjetivos ni objetivos.

3.- Características definitorias

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta, sugieren criterios de resultados y también pueden orientar a las intervenciones de enfermería.

En el caso de diagnósticos reales, las características definitorias son signos y síntomas del cliente.

En el caso de diagnósticos de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo “normal” al problema.

Tipos de diagnósticos enfermeros

1.- Diagnóstico de enfermería real.

Es un juicio sobre la respuesta, de un cliente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería, se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

2.-Diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo.

Es un juicio clínico de que un cliente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

3.-Diagnóstico de enfermería posible.

Es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen de los factores causales.

4.- Diagnóstico de enfermería de salud o bienestar.

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales.

5.-Diagnóstico de enfermería de síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.⁹

Componentes esenciales de los diagnósticos enfermeros en base al formato PES.

El enunciado básico del diagnóstico enfermero en tres partes se denomina formato PES que consta de los componentes siguientes:

1. Problema (P): Enunciado de la respuesta del paciente.

⁹ KOZIER.Barbara et'al Opcit pp.117-119

2. Etiología (E): Factores que contribuyen a la respuesta o que son causa de ella.
3. Signos y síntomas (S): Características definitorias manifestadas por el paciente.

2.1.6. Planeación

Concepto: La planeación es la tercera fase del proceso de enfermería, en la cual la enfermera y el paciente desarrollan objetivos, resultados y estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del cliente.

Objetivo: identificar los factores que deben tener en cuenta, la enfermera para establecer prioridades en el plan de cuidados.

Los pasos de la planeación son:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

Tipos de intervenciones de enfermería:

Una intervención de enfermería es todo cuidado directo que una enfermera realiza a favor de un cliente ya tenga su origen en la propia enfermera o en el médico.

➤ Intervenciones independientes

Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades, comprenden los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia de otros profesionales sanitarios.

➤ Intervenciones dependientes

Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. La enfermera es responsable de comprender y valorar la necesidad de órdenes médicas y llevarlas a cabo.

➤ Intervenciones interdependientes

Son las acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.

Criterios de resultado:

Es el establecimiento de objetivos de acuerdo a los resultados.

Objetivo: La enfermera establece objetivos para cada diagnóstico en forma individual y específica.

Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado, conseguirlo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero.

Los objetivos se describen en términos de respuestas observables del paciente, lo que la enfermera espera con seguir al ejecutar las ordenes de enfermería.

La American Nurses Association (ANA) especifica la identificación de resultados en los Standards of Clinical Nursing Practice (Estándares para la Práctica de la Enfermería Clínica).

Estándar: Identificación de resultados

La enfermera identifica los criterios de resultado para cada cliente en particular.

Criterios de medición

1. Los resultados derivan de los diagnósticos.
2. Se documentan como objetivos mensurables.
3. Cuando la situación lo permite, se formulan con el cliente y el personal sanitario.
4. Son realistas en la relación con las capacidades actuales y potenciales del paciente.
5. Son alcanzables en relación con los recursos disponibles para el paciente.
6. Contemplan un plazo para conseguirlos
7. Brindan directrices para unos cuidados continuados.

Fines de los objetivos/criterios de resultado:

1. Orientar a la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el cliente.
2. Proporcionar un plazo para las intervenciones planificadas.
3. Servir como criterios para evaluar los progresos del paciente.
4. Permitir al cliente y la enfermera determinar cuando se ha resuelto un problema.
5. Motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro.

Componentes de los enunciados de objetivos/criterio de evaluación:

1. Sujeto: Un sustantivo de este es el cliente, cualquier parte del cliente o algún atributo del mismo (pulso o producción de orina etc.).
2. Verbo: Denota una acción que el paciente debe realizar.
3. Condiciones o puntualizaciones: Pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del cliente. Explican el qué, el dónde, el cuándo y el cómo.
4. Criterio de resultado esperado: El criterio indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el cliente, llevará acabo la

conducta especificada, Estos criterios pueden concretar el tiempo, o la rapidez, precisión distancia y calidad.¹⁰

2.1.7. Ejecución

La ejecución es la cuarta fase del proceso de enfermería, comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de las intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Los pasos de la ejecución son:

- **Preparación** la cual consiste en:
 - 1) En revisar que todas las acciones, estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con la intervenciones de otros profesionales de atención sanitaria.
 - 2) Analizar y estar seguros que se tienen los conocimientos y habilidades para realizar las actividades planeadas.
 - 3) Tener presente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar las actividades planeadas.
 - 4) Crear un ambiente confortable y seguro al cliente durante la ejecución.
 - 5) Delegar cuidados enfermeros se apeguen a “tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta, y evaluación correcta”.
- **Intervención:**

Como las respuestas humanas y fisiológicas, son cambiantes es preciso la revaloración del cliente, familia o comunidad, para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.

- **Documentación:**

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del cliente y como requisito indispensable de todas las instituciones de salud.

El propósito de los registros de enfermería, es mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre los datos de valoración del cliente, cuidados proporcionados y respuestas del cliente o familia; ser “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados”¹¹

¹⁰ KOZIER.Barbara et'al Opcit pp. 140-151

¹¹RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.89-90

Existen gran diversidad de registros de enfermería en las diferentes unidades de atención para el cuidado de la salud, sin embargo deben reunir ciertas características universales como: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, nombre y firma de la enfermera(o). A si mismo las notas deben ser legibles, concisas, claras, completas, relevantes y oportunas.

Habilidades de enfermería en la ejecución:

- **Habilidades cognitivas:** (intelectual) Incluye la solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento crítico y pensamiento creativo.
- **Habilidades interpersonales:** Es la capacidad de la enfermera que utiliza al comunicarse directamente con otras personas, las habilidades interpersonales son necesarias para todas la actividades de enfermería, incluye conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales del cliente y de su estilo de vida.
- **Habilidades técnicas:** Son habilidades manuales como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes movilizar al cliente etc. Las habilidades técnicas requieren de conocimiento y destreza manual.

2.1.8 Evaluación

Concepto: Es la fase final del proceso de enfermería, en el que la enfermera determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos o resultados, como la eficacia del plan de cuidados de enfermería, Este puede continuarse, modificarse o suspenderse.

Evaluación de las respuestas al cliente:

- Identificar evaluación esperada.
- Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente.
- Obtener conclusiones sobre el estado del problema.
- Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

La American Nurses Association (ANA) especifica la evaluación en los Standars of Clinical Nursing Practice (Estándares para la Practica de la Enfermería Clínica).

Estándar: Evaluación

La enfermera evalúa los progresos del cliente hacia la consecución de objetivos.

Criterios de medición:

1. La medición es sistemática y continua.
2. Se documentan las respuestas de los clientes a las intervenciones.
3. La eficacia de la intervención se evalúa con relación a la evolución.
4. Los datos de valoración continua se utilizan para revisar los diagnósticos, evolución y plan de cuidados en función de las necesidades.
5. Se documentan las revisiones de diagnósticos, evoluciones y plan de cuidados.
6. Los clientes, otras personas significativas y los profesionales sanitarios estarán implicados en el proceso de evaluación cuando este indicado.¹²

2.2. Necesidades fundamentales de Virginia Henderson

2.2.1. Antecedentes históricos de Virginia Henderson

En la década de 1950 a 1996, surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicara y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

¹² KOZIER.Barbara et'al Opcit pp. 164-168

Virginia Avenel Henderson (1897-1996).



- ✓ Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.
- ✓ 1918 inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...
- ✓ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ✓ 1922 inicia su carrera como docente.
- ✓ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ✓ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ✓ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- ✓ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- ✓ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- ✓ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ✓ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ✓ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ✓ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
- ✓ 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

- ✓ Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Recibe nueve títulos doctorales honoríficos.
- ✓ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.
- ✓ La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fué bautizada con el nombre de Virginia Henderson. 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- ✓ Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.¹³

2.2.2 Principales conceptos y definiciones.

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

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizamos para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades fueron denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

¹³ http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html

❖ **Metaparadigma:**

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

27

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1.- Persona

- Necesidades básicas

2.- Salud

- Independencia
- Dependencia
- Causas de la dificultad o problema

3.- Rol profesional

- Cuidados básicos de enfermería
- Relación con el equipo de salud

4.-Entorno

- Factores ambientales
- Factores socioculturales

❖ **La persona y las 14 necesidades básicas**

Henderson precisa la conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas ó requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Moverse y mantenerse en buena postura

5. Descanso y sueño
6. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación
8. Higiene y protección de la piel
9. Evitar peligros
10. Comunicarse
11. Vivir según sus creencias y valores
12. Trabajar y realizarse
13. Jugar y participar en actividades recreativas
14. Necesidad de aprendizaje.

❖ **La salud independencia/dependencia y causas de la dificultad.**

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de sus necesidades con el fin de mantener un estado óptimo de la salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson se debe a tres causas “falta de fuerza” “falta de conocimiento” “falta de voluntad”.

➤ **Independencia**

Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir; llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

➤ **Dependencia**

Se considera como una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevada a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o que realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

➤ **Las causas de la dificultad**

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden satisfacer sus propias necesidades.

- a) *Falta de fuerza*: Se interpreta por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes, la cual se determina por su estado emocional, psíquico, capacidad intelectual etc.

- b) *Falta de conocimiento*: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- c) *Falta de voluntad*: Se entiende como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus necesidades.

❖ Tipos de dependencia

- a) Dependencia total o parcial
- b) Dependencia temporal o permanente

Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando con criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

- *Rol autónomo*: Es decir; que la enfermera ejerce en base a un modelo de enfermería, el cual le proporciona la guía o estructura teórica. En el desarrollo de este rol, las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.
- *Rol interdependiente*: Es decir; que la enfermera ejerce en base a su trabajo, en colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente que esta bajo un diagnóstico y tratamiento médico. Las actividades de este rol se central en la vigilancia, control y prevención de complicaciones relativas a la situación de enfermedad y tratamiento que esta recibiendo.
- *Rol dependiente*: Es decir; que la enfermera forma parte de un equipo de salud, lo que significa que también cumple las órdenes prescritas y lleva acabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

❖ Causas de dependencia:

Factores Biofisiológicos: Hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.

Factores Psicológicos: Se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepcion y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento).

Factores socioculturales: Se refieren al entorno físico de la persona, ya sea el próximo referente a la casa, trabajo u hospitalario etc. O el más lejano referente al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación, etc.). El entorno sociocultural, incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, escuela leyes y políticas por la que se rige la comunidad de referencia.

❖ 14 Necesidades de Virginia Henderson.

- 1. Oxigenación:** Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- 2. Alimentación e hidratación:** Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- 3. Eliminación:** Eliminar fisiológicamente los productos metabólicos de desecho perjudiciales del cuerpo humano.
- 4. Moverse y mantener una buena postura:** Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
- 5. Sueño y descanso:** Estado fisiológico de inconsciencia y relativa inmovilidad de los músculos voluntarios, que es fácil y completamente reversible con estímulos.
- 6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:** Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- 7. Termorregulación:** Mantener temperatura corporal adecuada.
- 8. Higiene corporal y la integridad de la piel:** Asearse y mantener íntegra la piel.
- 9. Evitar los peligros del entorno:** Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- 10. Comunicarse:** Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
- 11. Creencias y valores:** expresión del cliente de sus creencias y valores.

12. Trabajar y realizarse: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13. Jugar y participar en actividades recreativas: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Aprender: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.¹⁴

2.2.3. Fisiología de la eliminación urinaria

La eliminación urinaria depende de la función eficaz de cuatro órganos del tracto urinario: riñones, uréteres, vejiga y uretra.

Los riñones son los principales reguladores del equilibrio hídrico y ácido básico del organismo. Las nefronas son las unidades funcionales del riñón que se encargan de filtrar la sangre y eliminar los productos metabólicos de desecho, cada riñón contiene aproximadamente un millón de nefronas.

Las nefronas renales constan de seis partes: Glomérulo, cápsula de Bowman, túbulo contorneado proximal, asa de Henle, túbulo contorneado distal, y túbulo colector.

Cada nefrona tiene un glomérulo, un entramado de capilares rodeados por la capsula de Bowman. El endotelio de los capilares glomerulares, permite que el líquido y los solutos se desplacen rápidamente a través de esta membrana a la cápsula. Sin embargo las proteínas plasmáticas y células sanguíneas son demasiado grandes para atravesar dicha membrana. La composición del filtrado glomerular consta de agua, electrolitos, glucosa, aminoácidos, y productos metabólicos de desecho.

Desde la capsula de Bowman, el filtrado pasa al túbulo proximal de la nefronas, donde se absorbe la mayor parte de agua y electrolitos. Elementos como la glucosa se reabsorben en el asa de Henle, pero en la misma zona se secretan otras sustancias al filtrado que concentran la orina.

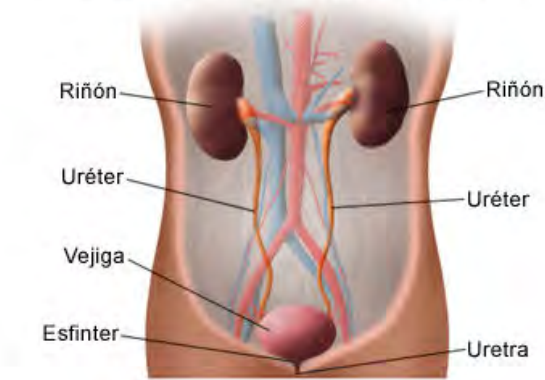
En el túbulo torneado distal se reabsorben agua y sodio adicionales bajo el control de hormonas como la antidiurética (ADH) y la aldosterona. En esta reabsorción controlada permite una regulación precisa del equilibrio hidroelectrolítico del organismo.

¹⁴ <http://html.rincondelvago.com/virginia-henderson.html>

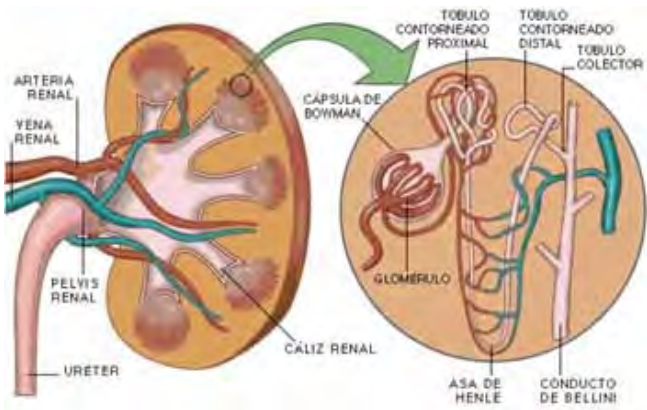
Cuando el aporte de líquido es bajo o la concentración de la sangre es alta, se libera ADH desde la hipófisis anterior, reabsorbiéndose mas agua en el tubo distal, y se elimina menor cantidad de orina. Por el contrario cuando el aporte de líquido es alto o la concentración de solutos en la sangre es baja, se suprime la ADH. Sin ADH, el túbulo distal se hace impermeable al agua y se elimina mayor cantidad de orina.

La aldosterona también afecta al túbulo, ya que cuando esta se libera desde la corteza suprarrenal, el sodio y el agua se absorben en cantidades mayores, lo que aumenta el volumen sanguíneo y reduce la eliminación urinaria.

Vista Frontal del Tracto Urinario



Estructura anatómica de la nefrona



Uréteres

Una vez formada la orina en el riñón, pasa a través de los tubos colectores, a los cálices de la pelvis renal y, desde allí, a los uréteres. En un adulto tienen una longitud de 25 a 30 cm. Y un diámetro aproximado a 1,25cm. El extremo superior de cada uréter tiene forma de embudo en su entrada al riñón. Los extremos superiores penetran en la vejiga en los ángulos posteriores de la misma. En ese punto de unión entre el uréter y la vejiga existe un pliegue de la mucosa vesical en forma de lengüeta que se sitúa como una válvula para evitar el reflujo de orina por los uréteres hacia los riñones.

Vejiga

La vejiga urinaria es un órgano muscular hueco, que sirve como depósito de la orina y para eliminación de la misma. La pared de la vejiga esta formada por cuatro capas: a) una de mucosa interna, b) una de tejido conjuntivo, c) tres de fibras musculares lisas, las cuales se extienden algunas en forma longitudinal, otras oblicuas y otras en forma circular, y d) una capa serosa externa.

La base de la vejiga se denomina trigono, es un área triangular delimitada por los esfínteres de los uréteres en los ángulos posteriores, y el esfínter de la uretra en el ángulo anteroinferior.

La vejiga es capaz de distenderse considerablemente debido a los pliegues que tiene en la mucosa que la recubre y a la elasticidad de su pared. Cuando se encuentra llana la bóveda de la vejiga, puede extenderse por arriba de la sínfisis del pubis; en situaciones extremas puede llegar hasta el ombligo.

Uretra

La uretra se extiende desde la vejiga hasta el meato urinario, sólo sirve como vía de eliminación para la expulsión de la orina. En la mujer adulta, la uretra se encuentra inmediatamente por atrás de la sínfisis del pubis, por delante de la vagina y tiene una longitud de unos 3.7 cm. El meato urinario esta localizado entre los labios menores, por delante de la vagina y por debajo del clítoris.

La uretra masculina tiene unos 20cm. De longitud y funciona como vía de eliminación para el semen y la orina. El meato se encuentra localizado en el extremo distal del pene.

El esfínter interno esta situado en la base de la vejiga urinaria y su control es involuntario.

El esfínter externo de carácter voluntario permite a la persona elegir cuando eliminar la orina.

Tanto en el varón como en la mujer, la uretra tiene una mucosa que la recubre, que se continúa con la vejiga y los uréteres, por lo tanto; una infección

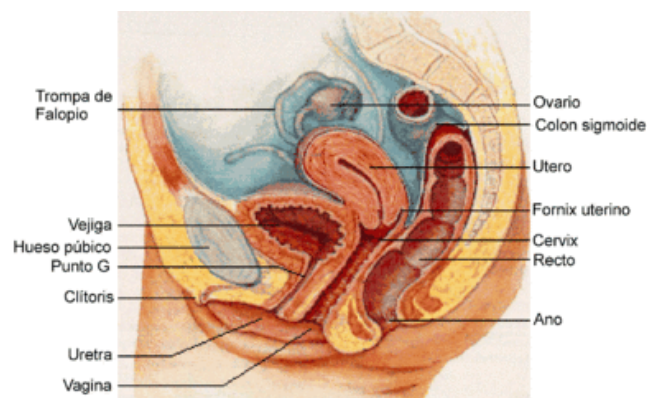
de la uretra puede extenderse fácilmente a los riñones a través del tracto urinario.

Las mujeres tienen una tendencia particular a padecer infecciones del tracto urinario, debido a la escasa longitud de la uretra y a la proximidad del meato urinario a la vagina y el ano.

Aparato urogenital masculino



Aparato urogenital femenino



Micción:

El término micción se refiere al proceso de vaciado de la vejiga urinaria. La orina se almacena en ésta, hasta que su presión estimula unas terminaciones nerviosas sensitivas especiales de la pared vesical denominadas receptores de tensión. Los receptores de tensión, transmiten impulsos a la medula espinal, y de forma específica al centro del reflejo miccional, localizado al nivel de las vértebras sacras segunda y cuarta, causando la relajación del esfínter interno y estimulando la necesidad de orinar. Si el momento y el lugar son adecuados para la micción, la parte consciente del cerebro relaja el esfínter externo de la uretra y se produce la micción. Si el momento y el lugar no son adecuados, el reflejo miccional suele remitir hasta que la vejiga se llena más y se estimula de nuevo el reflejo.

El control voluntario de la micción solo es posible si los nervios de la vejiga y la uretra, los tractos nerviosos de la medula y el encéfalo, así como el área motora del cerebro, están todos ellos, intactos. La lesión de cualquiera de estas partes del sistema nervioso, produce el vaciado intermitente e involuntario de la vejiga.¹⁵

Alteraciones en la eliminación urinaria:

- **Polaquiuria:** Se le denomina a la micción en intervalos frecuentes.
- **Nicturia:** Consiste en orinar dos o más veces durante la noche.
- **Disuria:** Se le denomina a la micción dolorosa o difícil.
- **Enuresis:** Es la micción involuntaria en niños, que han pasado la edad en la que normalmente se adquiere el control voluntario de la vejiga.
- **Incontinencia urinaria:** Se le denomina a la micción involuntaria.
- **Retención urinaria:** Se denomina cuando la vejiga es incapaz de vaciarse por sí misma.
- **Vejiga neurógena:** No se percibe que la vejiga está llena, y no es capaz de controlar los esfínteres urinarios.

¹⁵ KOZIER Barbara et' al "Fundamentos de Enfermería" 7ª Edición Vol.II pp.1373-1380

Factores seleccionados asociados a la alteración de la eliminación urinaria.

Patrón	Factor asociado
Poliuria	Ingestión de líquidos que contienen cafeína o alcohol. Diurético prescrito. Presencia de sed, deshidratación y pérdida de peso.
Oliguria, anuria	Reducción de la ingestión de líquidos. Signos de deshidratación. Presencia de hipotensión, shock o insuficiencia cardíaca. Signos de insuficiencia renal, como nivel elevado de nitrógeno ureico sanguíneo (BUN) y creatinina sérica, edema, hipertensión.
Polaquiuria o nicturia	Embarazo. Aumento de la ingestión de líquidos. Infección del tracto urinario.
Tenesmo vesical	Presencia de estrés psicológico. Infección del tracto urinario.
Disuria	Inflamación, infección o lesión del tracto urinario. Dificultad para iniciar la micción. Hematuria, piuria, polaquiuria.
Enuresis	Antecedentes familiares de enuresis. Dificultad de acceso a instalaciones adecuadas. Estrés doméstico.
Incontinencia	Inflamación de la vejiga o enfermedad. Dificultad para aseo independiente. Perdidas, al toser, reír, estornudar. Alteración cognitiva.
Retención	Vejiga distendida al palpar y percutir. Signos asociados como molestia púbica, inquietud, polaquiuria, y escaso volumen de orina. Anestesia reciente. Cirugía perineal reciente.

	Presencia de inflamación perineal. Fármacos prescritos. Ausencia de la intimidad u otros factores que inhiben la micción.
--	---

La alteración de la eliminación de la orina es el estado en el que se experimenta un trastorno de la eliminación urinaria.

Los objetivos en pacientes con problemas de eliminación urinaria son: el mantenimiento o el restablecimiento de los patrones normales de eliminación y la prevención de riesgos asociados.

Existen factores que influyen en la eliminación urinaria de cada persona entre ellos el crecimiento y desarrollo, la ingestión de líquidos, el estrés, la actividad, los fármacos y algunas enfermedades.

Las intervenciones de enfermería en relación con la eliminación urinaria van por lo general dirigidas a facilitar el funcionamiento normal del sistema urinario o ayudar al paciente que presenta problemas concretos.

Las intervenciones de enfermería incluyen: a) ayudar a mantener una ingestión de líquidos apropiada, b) ayudar a mantener unos patrones miccionales normales, c) controlar la ingestión y eliminación diarias de líquidos, y d) mantener limpia el área genital.¹⁶

Promoción de la ingestión de líquidos: Una mayor ingesta de líquidos aumenta la producción de orina, que a su vez estimula el reflejo de la micción. Una ingesta adecuada de líquidos normal es de 1.200 a 1.500 ml. La orina diluida ayuda a prevenir los cálculos y las infecciones del tracto urinario.

Conservación de los hábitos normales de eliminación de la orina: Las rutinas hospitalarias y terapias prestadas por los médicos y enfermeras a medida interfieren en los hábitos normales de la eliminación de la orina de un paciente en particular.

Ayuda en la higiene personal: Los pacientes debilitados o en proceso patológico ó con limitaciones físicas precisan la asistencia para ir al baño por lo tanto; la enfermera debe brindar apoyo para favorecer una eliminación en las mejores condiciones de comodidad y confort.

¹⁶ ibidem pp.1407.

Alteraciones que afectan la eliminación urinaria:

Infección de vías urinarias

La orina estancada constituye un mecanismo excelente para la proliferación bacteriana. Desaparece el efecto de lavado que producen normalmente las micciones frecuentes, y a menudo, la distensión urinaria produce diminutos desgarros o efracciones de la mucosa de la vejiga. La mayor alcalinidad de la orina causada por hipercaluria favorece la multiplicación de bacterias. El microorganismo que mas a menudo, favorece la infección de vías urinarias es la *Escherichia Coli*. Normalmente la vías urinarias son estériles pero suelen contaminarse si la higiene perineal es incorrecta, si se utilizan catéteres urinarios permanentes y, en ocasiones cuando existe reflujo urinario (reflujo retrogrado).

38

La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la Bacteriuria Asintomática (BA), la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbilidad elevada a nivel materno y fetal.¹⁷

La infección de vías urinarias preexistente al embarazo puede agravarse, propiciando a una toxemia, prematuridad e incluso muerte fetal.

La relación entre infección de vías urinarias, parto prematuro y bajo peso al nacer esta ampliamente documentada. Cerca de un 27% de los partos prematuros han sido asociados con algún tipo de infección de vías urinarias.

La *Escherichia Coli* se encuentra presente aproximadamente en el 80 a 90% de las infecciones de vías urinarias y en el 95% de las Pielonefritis agudas; otros gérmenes aislados son *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, también se han aislado gérmenes gram positivos, *Streptococcus agalactiae* y estafilococo.

Etiopatogenia y factores predisponentes

La mayor incidencia de Infecciones Urinarias es en la mujer, debido a que a uretra femenina es más corta, mide aprox. 4 a 6 cm (vs. 14 y 16 cm en el hombre), lo que determina su más fácil exposición a gérmenes provenientes de la flora vaginal y rectal.

Por otra parte, en el embarazo suceden una serie de cambios morfológicos y funcionales, que favorecen la infección de las vías urinarias. La entrada de gérmenes al aparato urinario es principalmente por la vía ascendente, en que

¹⁷ ibidem pp.1172.

gérmenes de la zona anal y vaginal migran a través de la uretra y colonizan la vejiga. La presencia de vaginosis bacteriana también está relacionada con una mayor incidencia de infección del tracto urinario.

En la vejiga de la embarazada, por efectos de la progesterona, disminuye el tono en forma progresiva, por lo cual aumenta su capacidad pudiendo alcanzar cerca de un litro al término del embarazo. Esto determina que el vaciamiento vesical sea incompleto.

El trigono, posiblemente como resultado de la estimulación por estrógenos experimenta una hiperplasia e hipertrofia muscular. A esto se agregan los cambios en la morfología que se producen al final del embarazo, en que por el crecimiento uterino y la hiperemia de los órganos pélvicos, la vejiga es desplazada hacia arriba y adelante determinando que el trigono cambie su forma cóncava en convexa. En la mucosa vesical se producen congestión y aumento de tamaño y flexuosidad de los vasos sanguíneos, tornándose más edematosa con lo cual se hace más susceptible a las infecciones.

La vejiga se vuelve cada vez más flácida y disminuye el tono. Todos los cambios anteriores causan insuficiencia de la válvula vésico-ureteral lo cual ocasiona un reflujo vésico-ureteral. Con todos los cambios que se producen en la vejiga, principalmente en el tercer trimestre del embarazo, hay un estiramiento del trigono, con desplazamiento lateral de la porción intravesical de los uréteres, lo cual acorta la porción terminal de éste y hace que disminuya la presión en su interior. Cuando la presión intravesical aumenta durante la micción, hay regurgitación de orina de la vejiga hacia los uréteres.

Los cambios morfológicos más tempranos y definidos de las vías urinarias durante el embarazo son las dilataciones de la pelvis renal y uréteres. El llamado hidroureter fisiológico del embarazo se caracteriza por un notable incremento de su diámetro interior, que se acompaña de hipotonía e hipomotilidad de su musculatura lisa. Su volumen en el embarazo puede aumentar hasta 25 veces y retener hasta 300 cc. de orina. Un signo característico del hidroureter es la preferencia de este fenómeno por el lado derecho, por arriba del estrecho pélvico superior. Esto probablemente se deba al cruce de vasos sanguíneos, que producirían un acosamiento del uréter derecho. También la dextrorrotación del útero por el colon sigmoide, produciría una compresión del uréter derecho. Estos cambios son progresivos a medida que avanza el crecimiento del útero.

Bacteriuria asintomática (Ba)

El tracto genitourinario normal es estéril, hasta la parte distal de la uretra. La bacteriuria asintomática generalmente ocurre por acenso de las bacterias de la uretra a la vejiga y que en ocasiones llegan a ascender hasta el riñón. Las

bacterias aisladas de pacientes con bacteriuria asintomática usualmente se originan de flora que se encuentra en intestino, vagina o área periuretral. Para pacientes expuestos a instrumentación del tracto urinario, las bacterias son introducidas a través de instrumentos urológicos contaminados o fluidos que son llevados al tracto urinario del paciente sin este estar colonizado anteriormente. Estos organismos permanecen en el tracto urinario sin ser eliminados por el hospedero y sin una respuesta suficiente para producir síntomas o causar erradicación. Existen factores tales como predisposición genética, vaciamiento incompleto de la vejiga o presencia de un cuerpo extraño provocando la persistencia de los organismos.

La identificación y tratamiento de la bacteriuria asintomática son importantes porque permiten evitar que la infección progrese a pielonefritis. Además, la bacteriuria es uno de los factores desencadenantes de parto pretérmino y consecuentemente de prematuridad, bajo peso e inmadurez orgánica.

Cistitis aguda

Se caracteriza por aparición de síntomas circunscritos solo a la vejiga como poliaquiuria, urgencia miccional, disuria y molestia suprapúbica. Al examen físico solo se caracteriza por dolor suprapúbico al tacto. La orina suele ser turbia, fétida y veces hematúrica. Por lo general no se observan síntomas generales de fiebre, escalofríos, cefaleas, náuseas y vómito. El diagnóstico se hace sobre la base del cuadro clínico y se confirma con el urocultivo cuantitativo de orina y por el estudio del sedimento de orina, en busca de piuria, bacteriuria. La vulvovaginitis pueden simular una cistitis, y la orina expulsada puede sufrir contaminación por la secreción vaginal, por lo se propone efectuar la toma de muestra de orina por sondeo vesical.

Pielonefritis aguda

Es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente.

La clínica incluye aparte de sintomatología de cistitis, alteración del estado general, fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. La exploración física suele ser muy demostrativa: la puñopercusión lumbar homolateral suele exacerbar el dolor de manera intensa lo que contrasta con la normalidad de la zona contralateral.

El diagnóstico clínico se confirma con el urocultivo con > 100.000 UFC/ml en orina. En el sedimento encontraremos leucocituria y pueden aparecer también cilindros leucocitarios, proteinuria y hematíes.¹⁸

Cuadro clínico de infección de vía urinarias

Sitio de infección	Denominación del cuadro clínico	Cuadro clínico
Vías urinaria Superiores: ○ Uretra. ○ Vejiga urinaria. ○ Mitad inferior de uréteres.	○ Uretritis ○ Cistitis ○ Ureteritis	Generalmente de aparición paulatina. Síntomas generales poco evidentes: ○ Anorexia. ○ Náuseas. ○ Escalofrío. ○ Fiebre. Síntomas urinarios: ○ Polaquiuria. ○ Disuria generalmente terminal. ○ Tenesmo vesical. ○ Hematuria ocasional. ○ Ardor a la micción. ○ Dolor abdominal a la palpación de la vejiga y por vía vaginal. ○ Leucocitosis (100000/campo) en orina.
Vías urinaria superiores: ○ Mitad superior de uréteres. ○ Pelvicilla renal. ○ Riñones.	○ Pielonefritis	Generalmente aparición súbita. Síntomas generales de mayor intensidad: ○ Fiebre. Síntomas específicos: ○ Dolor en uno o ambos flancos. ○ Dolor a la percusión de ambas fosas renales.

¹⁸ http://www.elportaldelasalud.com/index.php?Itemid=29&id=84&option=com_content&task=view.

		○ Hematuria. ○ Piuria. ○ Presencia de cilindros granulosos en orina. ○ Deshidratación ○ Aumento de la T/A diastólica. ○ Disminución de la eliminación de creatinina.
--	--	---

2.2.4 Ruptura prematura de membranas

- Ruptura Prematura de Membranas (RPM)
Es una ruptura (apertura) de las membranas (bolsa amniótica) antes de que se inicie el trabajo de parto.
- Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMP)
Se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) si ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

La ruptura prematura de las membranas al acercarse el final del embarazo (término) puede ser causada por un debilitamiento natural de las membranas o por la fuerza de las contracciones.

Antes de llegar a término, la RPMP suele ocurrir debido a una infección en el útero. Otros factores que pueden estar vinculados con la RPM incluyen los siguientes:

Condición socioeconómica baja (ya que las mujeres en condiciones socioeconómicas bajas tienen menor probabilidad de recibir cuidados médicos prenatales adecuados)

- Infecciones de transmisión sexual como por ejemplo, la clamidia y la gonorrea
- Parto prematuro previo
- El tabaquismo durante el embarazo
- Polihidramnios
- Gestación múltiple
- Infecciones del tracto urinario
- Amniocentesis
- Placenta Previa
- Desprendimiento prematuro de placenta

- Incompetencia cervical
- Metrorragia durante la gestación
- Malformaciones del aparato genital de la embarazada

Riesgos maternos:

- Corioamnionitis
- Endometritis
- Desprendimiento Prematuro de placenta

Riesgos fetales:

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Sepsis neonatal
- Problemas de presentación
- Prolapso de cordón umbilical
- Aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal.

Síntomas comunes:

- Pérdida o flujo abundante de líquido de la vagina
- Humedad constante en la ropa interior

Tratamiento:

- Un examen del cuello uterino (puede mostrar fluido goteando de la abertura cervical).
- Análisis del pH (acidez o alcalinidad) del fluido.
- Un examen del fluido seco con un microscopio (puede mostrar un patrón característico similar a un helecho).
- Ecografía - técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas de sonido de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Las ecografías se utilizan para ver el funcionamiento de los órganos internos y evaluar el flujo sanguíneo a través de diversos vasos.
- Internamiento.
- Terapia de espera (en algunos caso de RPM, las membranas pueden volver a sellarse y el goteo de fluido puede detenerse sin tratamiento)
- Control de signos de infección como por ejemplo, fiebre, dolor, aumento del pulso fetal o exámenes de laboratorio.
- Administración de medicamentos llamados corticosteroides a la madre, que pueden ayudar a madurar los pulmones del feto (la inmadurez

pulmonar es un problema importante en bebés prematuros). Sin embargo, los corticosteroides pueden ocultar una infección en el útero

- Antibióticos (para prevenir o tratar infecciones).
- Tocólisis - medicamentos utilizados para detener el trabajo de parto prematuro.
- Parto (si la RPM pone en peligro el bienestar de la madre o del feto, un parto prematuro puede ser necesario para prevenir mayores complicaciones).¹⁹

2.2.5 Parto pretérmino

La Organización Mundial de la Salud define como pretérmino a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37.

El trabajo de parto de pretérmino es definido como la presencia de contracciones regulares y modificaciones cervicales antes de las 37 semanas de gestación. El trabajo de parto de pretérmino espontáneo es responsable del 40 al 50 % de los partos de pretérmino aproximadamente, mientras que el resto de estos nacimientos resultan de la Rotura Prematura de Membranas (RPM) (25 a 40 %) y de indicaciones de interrupción del embarazo antes del término (20 a 25 %).

La prematurez sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. Como el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término es baja, la mayor atención está focalizada en el parto pretérmino temprano (menor de 32 semanas).²⁰

Clasificación de factores de riesgo:

No recidivantes:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Polihidramnios
- Hemorragia en el segundo trimestre de embarazo
- Malformación y muerte fetal.

¹⁹ http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant_sp/prm.com.

²⁰ <http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>

Recidivantes o tratables por la madre:

- Infecciones del tracto genital
- Incompetencia cervical
- Malformaciones uterinas
- Miomas uterinos
- Estado socioeconómico bajo
- Asistencia prenatal limitada
- Estado de nutrición deficiente.
- Bajo peso pregestacional
- Drogadicción y tabaquismo
- Actividad sexual
- Anemia

Recidivantes pero no tratables:

- Antecedentes de nacimiento pretérmino
- Raza

Tratamiento:

- Reposo en cama
- Hidratación/Sedación
- Tocolíticos: Ritrodina, terbutalina y sulfato de magnesio.
- Bloqueadores del calcio: Nifedipina
- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (indometacina)
- Corticoides prenatales (Betametasona o dexametasona)²¹

²¹ JIMÉNEZ Trujano Laura et'al "ANTOLOGIA OBSTETRICA II" ENEO-UNAM Edición 2007 PP.163-164.

III. METODOLOGÍA

El estudio de caso tiene dos ejes uno metodológico sustentado en el Proceso de Atención de Enfermería y otro conceptual sustentado en la Teoría de las 14 Necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El eje metodológico, permite a la enfermera identificar la independencia o grado de dependencia que presenta la embarazada en la etapa actual de desarrollo (embarazo). También permite identificar los problemas que están afectando las necesidades de la embarazada, establecer los diagnósticos de enfermería y en función de ello tomar las decisiones que permitan planear, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería que ayuden a la señora a mejorar su bienestar.

El eje conceptual, ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en sus necesidades, considerando los factores físicos, psicológicos, espirituales y culturales.

3.1 Valoración

La valoración de enfermería se realizó bajo el consentimiento de la mujer, se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física. Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual esta diseñada por necesidades.

3.2 Diagnóstico de enfermería

Los datos obtenidos en la valoración, fueron analizados teniendo como referente el conocimiento y la experiencia. A partir de este análisis se identificaron los problemas que afectaban las necesidades de enfermería y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las etiquetas diagnósticas de la NANDA (última edición publicada) y el formato PES.

3.3. Planeación

Con base a los diagnósticos formulados, se tomaron las decisiones que permitieron planear los cuidados de enfermería para mejorar el bienestar de la embarazada.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente; cada una de ellas fue fundamentada en el formato del Plan de Atención de Enfermería.

Por cada diagnóstico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo da claridad a la enfermera de lo que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la mujer.

Los criterios de resultado, permiten comparar y analizar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el Plan de Atención.

3.4 Ejecución

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesario la consulta de fuentes secundarias como: artículos impresos y electrónicos, libros y revistas, ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

3.5 Evaluación

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultado; estos rubros dieron la pauta para evaluar el Plan de Atención inicial y retroalimentarlo.

Siendo el Proceso de Atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitiera dar un sustento teórico.

IV. INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1. Valoración

Ficha de identificación:

Nombre: E. M. R.

Fecha de nacimiento: 26-06-79.

Edad: 29 años.

Sexo: Femenino.

Peso actual: 75.500kgr.

Talla: 1.49cm.

Escolaridad: Lic. En educación primaria.

Estado civil: Unión libre.

Nacionalidad: Mexicana.

Religión: Católica.

Ocupación: Hogar

Fecha de admisión: 21 de enero 2009.

Hora: 05:00 A.M.

Fuente de información: Primaria.

Valoración de necesidades humanas

Necesidad de oxigenación: Niega antecedentes de ser fumador, actualmente presenta alteración en la respiración durante la presencia de contracciones uterinas del trabajo de parto, presenta diaforesis, taquicardia y polipnea T/A en rango de 110/70 – 130/80.

Necesidad de hidratación y nutrición: Alimentación desequilibrada, por aumento en el consumo de carbohidratos, alteración en la hidratación por consumo de agua insuficiente en promedio de 1 Lts. En 24 hrs. Actualmente en ayuno.

Necesidad de eliminación: 1-2 evacuaciones por día, eliminación urinaria constante polaquiuria/nicturia sin molestia en la eliminación. Antecedentes de IVU en el primer trimestre del embarazo. Actualmente orina de apariencia concentrada turbia, EGO alterado con leucocitosis de 15-20 por campo, no presenta evacuación.

Necesidad de la termorregulación: Presencia de sudoración relacionado al trabajo de parto y a la temperatura ambiental ya que se encuentra en una región cálida.

Necesidad de moverse y mantenerse en una buena postura: No realiza ningún tipo de ejercicio debido a su embarazo. Actualmente se encuentra en cama con frecuentes cambios de posición, No deambulación.

Necesidad de descanso y sueño: Normalmente duerme 8 hrs. Las cuales se ven alteradas debido a que tiene que levantarse a orinar frecuentemente por la noche. Actualmente presenta facies de cansancio debido al desvelo por el estado en que se encuentra en la unidad hospitalaria.

Necesidad de vestir prendas adecuadas: Utiliza ropa de acuerdo al clima y a su embarazo, actualmente se siente incomoda por la prenda hospitalaria otorgada.

Necesidad de higiene y protección de la piel: Se baña 2 veces al día, realiza cambio de ropa posterior al baño, aseo bucal 2 veces al día, presenta discretas estrías en abdomen.

Necesidad de evitar peligros: Su familia es de tipo nuclear, sin embargo ella lleva la mayor responsabilidad de la misma lo cual la expone a peligros constantes.

Necesidad de comunicarse: Tiene buena comunicación con su familia, convive con su vecinos, sin embargo casi no ve a su esposo ya que el trabaja fuera del estado reflejando la falta del apoyo de su pareja y dialoga en confianza el sentimiento por la perdida de su madre hace 6 meses y la preocupación que tiene por el pronostico de su bebé.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores: Demuestra fe y optimismo de que todo saldrá bien.

Necesidad de trabajar y realizarse: No se encuentra satisfecha ya que tiene una gran responsabilidad en el hogar lo cual se le hace demasiado para ella sola ya que cuida a su padre enfermo y a su hermana menor, no cuenta con el apoyo físico de su esposo y por su estado perdió la oportunidad de un contrato eventual relacionado a su profesión y tiene el miedo de no realizarse como madre por el pronóstico de su bebe.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas: No realiza ninguna actividad recreativa.

Necesidad de aprendizaje: Reconoce la necesidad de aprendizaje, no tiene limitaciones para aprender y se reconoce como agente para resolver problemas.

4.2 Diagnóstico de enfermería. (Jerarquización de necesidades alteradas)

Necesidad	Problema	Diagnóstico de enfermería real
Eliminación	Deterioro de la eliminación	Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario, manifestado por polaquiuria.
Evitar peligros	Dolor agudo	Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas manifestado por gestos de protección, quejido, tensión muscular (cierre de puños y expresión facial), diaforesis y polipnea.
	Ansiedad	Ansiedad relacionada con amenaza de muerte del neonato manifestada por expresión de preocupación inquietud y aprensión.
Descanso y sueño	Deprivación del sueño	Deprivación del sueño relacionado con nicturia, manifestado por somnolencia diurna y cansancio.
Trabajar y realizarse	Duelo anticipado	Duelo anticipado relacionado con la prematurez de su hijo, manifestado por tristeza, llanto y expresión verbal de su sentir.
Comunicarse	Deterioro del mantenimiento del hogar.	Deterioro del mantenimiento del hogar relacionado con la ausencia de su esposo, manifestado por la expresión de excesivo trabajo como miembro de la familia.

Necesidad	Problema	Diagnóstico de enfermería potencial
Termorregulación	Riesgo de desequilibrio de la temperatura	Riesgo de desequilibrio de la temperatura relacionado con ruptura de membranas amnióticas.
Oxigenación	Alteración de la Respiración espontánea durante la contracción uterina	Riesgo potencial de dificultad para mantener una respiración adecuada, relacionado con la respuesta al dolor de la contracción.

Necesidad	Problema	Diagnóstico de enfermería de bienestar.
Trabajar y realizarse	Actividad excesiva en el hogar, y miedo a no realizarse como madre.	Disposición para mejorar el bienestar.
Jugar y participar en actividades recreativas	No realiza ninguna actividad recreativa.	Disposición para mejorar el bienestar.

4.3 Planeación, ejecución y evaluación

NECESIDAD: Eliminación.

DIAGNÓSTICO REAL: Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado por infección del tracto urinario manifestado por polaquiuria.

OBJETIVO: Recuperar un método de eliminación normal y asintomática de infección del tracto urinario.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado por infección del tracto urinario manifestado por polaquiuria.	D= Se realizará EGO para detección de leucocitos.	El recuento leucocitario, elevado y un cultivo positivo son indicativos de infección.	Se realizará la recolección de muestra de orina, respetando las técnicas específicas de asepsia y respetando la intimidad del cliente.	Expresó la importancia de la Se observó la presencia de leucocitos de 15-20 x campo en orina.
	ID= Se vigilarán características de la eliminación urinaria. .	La presencia de signos y síntomas del tracto urinario como: fiebre, escalofríos, hematuria, cambios de la consistencia y olor de la	Se instruirá al cliente para llevar un control adecuado de dichas características sin alterar su confort.	Se observó que la orina es frecuente, concentrada, en moderada cantidad, olor penetrante.

	ID= Se explicará a la cliente que una precisa ingestión de líquidos es adecuada para asegurar la producción de orina y estimular el reflejo de micción adecuado.	orina, son indicativos de infección. Una mayor ingesta de líquidos aumenta la producción de orina, que a su vez estimula el reflejo de la micción. Una ingesta adecuada de líquidos normal es de 1.200 a 1.500 ml. La orina diluida ayuda a prevenir los cálculos y las infecciones del tracto urinario.	Se suplementará aporte de líquidos por vía intravenosa ya que la cliente se encuentra en ayuno por el momento.	No hubo ingesta de líquidos vía oral ya que se encontraba en ayuno.
ID=Regulará la ingestión de líquidos de 6 a 8 vasos de agua durante el día, evitando la ingesta de estimulantes como café, refrescos gaseosos.	El evitar la ingesta de estimulantes como té, café y bebidas alcohólicas antes de acostarse, reducen la posibilidad de nicturia y a su vez el proceso de infección del tracto urinario.	Se concientizará al cliente, sobre la importancia que tiene la ingesta de líquidos naturales y a lo que condiciona la ingesta de estimulantes antes mencionados.	La cliente verbaliza cuales son las medidas preventivas que debe tomar para evitar un proceso infeccioso del trato urinario.	

	D= Se ministrará el tratamiento médico indicado.	El uso de tratamiento médico con antibióticos cuando existe infección, reduce el deterioro del tracto urinario.	Se respetara lo más posible los horarios de aplicación de medicamentos.	Se inició antibiótico terapia
--	---	--	--	--------------------------------------

NECESIDAD: Evitar peligros.

DIAGNÓSTICO REAL: Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas manifestado por gestos de protección, quejido tensión muscular (cierre de puños y expresión facial) diaforesis y polipnea.

OBJETIVO: Minimizar el dolor relacionado con el trabajo de parto.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas manifestado por gestos de protección, quejido, tensión muscular (cierre de puños y expresión facial), diaforesis y polipnea.	ID=Se realizará una minuciosa valoración del dolor y establecerá una pauta para evaluar la eficacia de las medidas utilizadas para controlar el dolor. ID=Se enseñará Técnicas de respiración y relajación durante el trabajo de parto.	El dolor es el estado en el que un individuo sufre y refiere la presencia de molestias intensas ó de una sensación incomoda. Los ejercicios respiratorios, ayudan a liberar tensión y a crear un estado de relajación	Se valorará la magnitud del triple gradiente descendiente debido a contracciones uterinas, tomado las medidas necesarias para controlar el dolor en forma positiva. Se enseñará a manejar correctamente los tres tipos de respiración necesarios durante el	Se observó que maneja adecuadamente el grado de dolor e incomodidad y responde en forma positiva a la atención. Comprendió la percepción y terapia del dolor, participando en ala ejecución de la misma,

		agradable, sirven para controlar el dolor de las contracciones y para que el feto y la madre reciban una buena oxigenación.	parto,(Respiración abdominal, jadeante y torácica)	afrontando la situación.
ID= Se permanecerá continuamente con ella estableciendo una relación que le ayudará a explorar los temores sobre el control inadecuado del dolor ó la incapacidad para tolerar ó afrontar el dolor creciente.	La ansiedad y el estrés: El miedo a lo desconocido y la incapacidad para controlar el dolor ó los eventos que lo rodean suelen aumentar la percepción del dolor. La tolerancia al dolor es la máxima cantidad y duración del dolor que el individuo esta dispuesto a soportar.	Se permitirá acompañamiento físico de algún familiar cercano que la haga sentirse segura y acompañada, ya que por el momento su esposo no se encuentra.	Expresó seguridad sobre la percepción y proceso que le esta condicionando el dolor.	

NECESIDAD: Evitar peligros.

DIAGNÓSTICO REAL: Ansiedad relacionada con amenaza de muerte del neonato manifestada por expresión de preocupación inquietud y aprensión.

OBJETIVO: Disminuir su ansiedad viéndose reflejada en seguridad y tranquilidad de la cliente.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Ansiedad relacionada con amenaza de muerte del neonato manifestada por expresión preocupación inquietud y aprensión.	ID= Se ayudará a la cliente a determinar las fuentes y nivel de ansiedad.	La ansiedad es la sensación vaga de incomodidad que se manifiesta por excitación fisiológica, y por diferentes patrones de comportamiento, cuyo origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para la persona.	Se identificarán datos como e expresión de sentimientos, aumento de excitación y preocupación, de la búsqueda de información y de preguntas, agitación leve, conciencia y atención incrementada y capacidad para contraerse en la mayor parte de lo que esta sucediendo.	Describió la causa y nivel de ansiedad.
	ID= Se ayudará a reconocer sus patrones habituales de	Ayudar a determinar las fuentes y nivel de ansiedad, ayuda al		Describió los patrones de afrontamiento Demostró y verbalizó

	afrontamiento y eficacia de los mismos. ID=Se estimulará a la cliente a que verbalice sus sentimientos y que exprese sus emociones. ID=Se proporcionará seguridad y comodidad permaneciendo con ella.	cliente a establecer una comprensión sobre la naturaleza y la causa de la ansiedad, la ansiedad puede disminuir y el cliente puede identificar las estrategias de afrontamiento. El compartir las preocupaciones y expresar las emociones pueden reducir los sentimientos del cliente en cuanto al sentirse solo y abrumado por las situaciones estresantes.	Se le brindará apoyo físico, emocional y de confianza para que exprese su inquietud, sentimientos y emociones. Al proporcionar una presencia reafirmante de la sensación de soledad del cliente se le da apoyo en su afrontamiento de situación.	una mejora de bienestar físico y emocional Verbalizó sus sentimientos relacionados con su ansiedad.
--	--	--	--	---

NECESIDAD: Descanso y sueño

DIAGNÓSTICO REAL: Deprivación del sueño relacionado con nicturia, manifestado por somnolencia diurna y cansancio.

OBJETIVO: Encontrar el máximo bienestar durante el sueño.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de evaluación	Evaluación
Deprivación del sueño relacionado con nicturia, manifestado por somnolencia diurna y cansancio.	ID=Se valorará y documentará el patrón del sueño, diurno y nocturno del cliente, comparando el patrón actual con los hábitos usuales del sueño.	La alteración del patrón del sueño es el estado en el que el individuo sufre una alteración en la cantidad ó calidad del sueño, que produce molestias ó interfiere con el estilo de vida deseado.	Se realizará un análisis concreto de su sobre sus hábitos de descanso y sueño.	La cliente es cooperativa y expresó el motivo por el cual siente que no tiene un descanso adecuado.
	ID= Se discutirán las causas posibles que contribuyen a la alteración del mismo.	El miedo, algunos medicamentos o problemas crean estrés y conflictos que alteran reposo.	Se detectará en su entorno, uso de fármacos, algún problema emocional o conflicto que puedan alterar el sueño y descanso.	Se observó a la cliente en un entorno desconocido para ella, angustiada por el pronóstico de su bebé y sin el uso de

	ID=Se le enseñará a ejecutar medidas adecuadas para prevenir la micción nocturna frecuente. ID=Se proporcionarán las técnicas de relajación, medidas de confort, y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un periodo optimo de sueño.	Disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse evita la necesidad de levantarse para miccionar frecuentemente. Las medidas de relajación, un ambiente tranquilo y silencioso favorecen un sueño reposado.	Se vigilará la presencia de micciones frecuentes ya que por el momento no ingiere a líquidos por encontrarse en ayuno. Se le brindará un ambiente seguro y confort, llevando acabo técnicas de relajación que permitan un descanso adecuado de acuerdo al estado en el que se encuentra.	fármacos que pudieran alterar su sueño. Verbalizó la comprensión de dichas medidas. No se logró un descanso confortable ya que se encuentra en trabajo de parto en evolución.
--	---	--	--	--

NECESIDAD: Trabajar y realizarse

DIAGNÓSTICO REAL: Duelo anticipado relacionado con parto prematuro manifestado por tristeza, llanto y expresión verbal de su sentir.

OBJETIVO: Favorecer el proceso del duelo

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de evaluación	Evaluación
Duelo anticipado relacionado con parto prematuro manifestado por tristeza, llanto y expresión verbal de su sentir.	ID= Se planificará el tiempo para estar disponible para la cliente, brindándole seguridad y confianza para que exprese su sentimiento. ID=Se respetarán los valores raciales, culturales y religiosos y personales del cliente/familia en sus expresiones de duelo.	El hacerse accesible al cliente le permite a este conocer que el personal de enfermería se preocupa. Las expresiones del duelo difieren entre las razas, culturas, grupos religiosos y personas.	Se dedicará un tiempo disponible exclusivo para ella para que exprese su sentir y sus emociones. Se brindará confianza para que exprese sus valores culturales, religiosos familiares etc.	Expresó sus pensamientos y sentimientos relacionados con la posible pérdida de su bebé. Se respetaron sus valores y creencias.

	ITD=Se dará información acerca del proceso del duelo y lo que hay que esperar como: emociones inestables que se estabilizarán a medida que pasa el tiempo y sentimiento de tristeza, culpabilidad, cólera, temor y soledad. Asegurándoles que los sentimientos y reacciones intensas son normales en un principio.	Las habilidades de comunicación terapéutica mejoran la exploración de los pensamientos y sentimientos personales y la expresión emocional del dolor. El conocimiento del proceso de duelo ayuda al cliente a comprender que los pensamientos y sentimientos personales son normales y aceptables.	Se brindará apoyo psicológico y emocional con psicoterapeuta y tanatologa para afrontar el duelo anticipado.	Se logró cierta estabilidad y tranquilidad en relación a su sentir observando aceptación y positivismo en la afrontación al duelo anticipado.
	ID=Se valorará el bienestar de la cliente: Constantes vitales, vigilar el apetito patrón del sueño, concentración, deseo de retomar actividades normales	Los clientes pueden tratar de volver a sus actividades normales demasiado deprisa, antes de que hayan resuelto su duelo. Pueden sufrir una reaparición de los síntomas de duelo.	Se vigilarán actitudes, estado de ánimo y comportamiento que puedan afectar su estado de salud.	Demostró tranquilidad, disminución de síntomas físicos y psicológicos relacionados con el posible duelo.

NECESIDAD: Trabajar y realizarse

DIAGNÓSTICO REAL: Deterioro del mantenimiento del hogar relacionado con la ausencia de su esposo, manifestado por el excesivo trabajo como miembro de la familia.

OBJETIVO: Lograr una organización o planificación de sus actividades para minimizar el deterioro del mantenimiento del hogar.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de evaluación	Evaluación
Deterioro del mantenimiento del hogar relacionado con la ausencia de su esposo, manifestado por el excesivo trabajo como miembro de la familia.	ID=Se estimulará la integración e interacción familiar. ITD=Se mantendrá la comunicación con la familia para conocer su organización y convivencia.	La estimulación de la integridad familiar favorece una buena interacción de la misma. La comunicación con la familia permite que expresen sus sentimientos libre y adecuadamente.	En conjunto con la trabajadora social, se mantendrá una comunicación con la familia para detectar problemas que afecten a la misma y al mismo tiempo se brindará apoyo y estrategias que permitan el desarrollo integral individual, familiar y mantenimiento del hogar.	No se logró la integración física del esposo ya que su trabajo laboral es fuera del estado por lo tanto su presencia física es mínima con la familia y en el hogar.

	ITD=Se planearán estrategias que favorezcan el funcionamiento familiar.	La planificación de estrategias reales que favorecen el funcionamiento familiar, permite dar solución a los problemas dirigidos en búsqueda de soluciones adecuadas frente a la crisis.		Se logró realizar un plan de actividades donde los integrantes de la familia se organizaron para el desarrollo de las mismas de acuerdo a sus posibilidades.
	ITD=Se identificarán y utilizarán sistemas de apoyo que permitan desarrollar habilidades necesarias para el cuidado individual y del hogar.	El identificar y utilizar sistemas de apoyo, permite mostrar la capacidad para desarrollar las habilidades necesarias para el cuidado individual y del hogar.		

NECESIDAD: Oxigenación

DIAGNÓSTICO DE ALTO RIESGO: Riesgo potencial de dificultad para mantener una oxigenación adecuada, relacionado con la respuesta al dolor de la contracción.

OBJETIVO: Mejorar el bienestar y facilitar la respiración manteniendo una buena oxigenación.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de evaluación	Evaluación
Riesgo potencial de dificultad para mantener una oxigenación adecuada, relacionado con la respuesta al dolor de la contracción.	ID=Se orientará al cliente en las técnicas de respiración para mantener una buena oxigenación.	El estrés, las respuestas fisiológicas y psicológicas, pueden afectar la oxigenación. Cuando hay en hiperventilación en respuesta al estrés, la PO ₂ aumenta y el PCO ₂ disminuye en las arterias, lo que puede ocasionar que la persona sienta inestabilidad.	Através de la orientación sobre las técnicas de respiración y relajación se logrará su estabilidad respiratoria.	Es cooperadora, presta atención a las indicaciones sobre técnica de respirar, reflejando cierta tolerancia al dolor y estabilidad en su manera de respirar.
	ID=Se ministrará oxígeno por puntas nasales, en caso necesario.	El 97% de oxígeno, se combina libremente con la hemoglobina y se transporta a los tejidos	Se evitará el uso de O ₂ artificial.	No fue necesario la ministración de O ₂ .

		en forma de oxihemoglobina, el oxígeno restante se disuelve en plasma y células. El ejercicio es una de los factores que influyen en el transporte de oxígeno desde los pulmones a los tejidos.		
--	--	---	--	--

NECESIDAD: Termorregulación

DIAGNÓSTICO DE ALTO RIESGO: Riesgo de desequilibrio de la temperatura relacionado con ruptura de membranas amnióticas.

OBJETIVO: Disminuir el riesgo de presentar hipotermia por la exposición de la ruptura de membranas amnióticas.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de evaluación	Evaluación
Riesgo de desequilibrio de la temperatura con ruptura de membranas amnióticas.	ID=Se llevará un control de signos vitales, curva térmica. ID=Se vigilará coloración de la piel.	El aumento de la temperatura corporal, el enrojecimiento de la piel, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria pueden indicar una infección sistémica. El recuento leucocitario, una velocidad de sedimentación de los eritrocitos elevada y un cultivo de sangre positivo son indicativos de	Se mantendrán signos vitales dentro de su normalidad. Se vigilarán cambios de coloración el la piel, como rubicundez, y aumento de la temperatura y deshidratación de la misma. Se tomará muestra de sangre, orina y cultivo, buscando algún dato que nos indique presencia de algún microorganismo	Se mantuvo en termorregulación adecuada. No se observó ninguna alteración en la coloración de la piel. Se observó en los resultados de laboratorio, alteración en la orina leucocitosis de 15-20 por campo.

	infección.	patógeno.	
ID=Se cuantificará ingresos y egresos de líquidos.	Un adecuado equilibrio de líquidos incrementa la salud de los tejidos corporales y permiten a estos mantenerse y reconstruirse.	Se llevará a cabo un control de líquidos, para mantener un equilibrio adecuado, evitando la deshidratación.	Se observaron mucosas y tejidos corporales en buen estado de hidratación.
D=Se ministrarán fluidos intravenosos prescritos, para prevenir la deshidratación.	Ciertos medicamentos aumentan la susceptibilidad a la infección, pueden deprimir la función de la médula ósea dando como resultado una producción inadecuada de leucocitos y linfocitos necesarios para combatir a las infecciones.	Se ministrará sol.Hartman 500ml.c/r para hidratación. Acetaminofen 500mg.c/6 hrs PRN. Ampicilina 1gr.iv c/6hrs.	Se mantuvo hidratada, no presentó incremento de la temperatura corporal y se inició antibioticoterapia por presencia del EGO alterado.
D=Se administrarán antipiréticos y antibióticos en caso necesario.			
ID=Se proporcionará higiene oral para conservar membranas y mucosas húmedas.	Las prácticas higiénicas corporales y bucales eliminan los microorganismos transitorios, con lo cual se reduce la probabilidad de infección.	Se inducirá a realizar baño corporal y aseo bucal en su estancia hospitalaria.	No aceptó baño ni aseo bucal en su momento.

	ID=Se proporcionará un ambiente confortable.	Un ambiente seguro y confortable son esenciales para el mantenimiento de la salud.	Se proporcionará un ambiente de confort.	Se mantuvo con temperatura corporal adecuada, a pesar de que el ambiente climático de la habitación es cálido.
--	--	--	--	--

NECESIDAD: Trabajar y realizarse

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR: Disposición para mejorar el bienestar manifestado por deseos de realizarse como madre.

OBJETIVO: Logrará reconocer las circunstancias adversas sobre el estado de su bebé.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de evaluación	Evaluación
Disposición para mejorar el bienestar manifestado por deseos de realizarse como madre.	ITD=Se brindará apoyo emocional, psicológico y familiar.	El apoyo emocional ayuda al cliente a enfrentarse a los problemas y llevar a cabo un manejo constructivo del estrés.	Se prestará atención el la expresión de sus emociones, brindándole seguridad y confianza.	Se logró cierta estabilidad y tranquilidad en relación a su sentir observando positivismo en poder realizarse como madre.
	ITD=Se planificarán estrategias que brinden seguridad y confianza.	La planificación de estrategias reales que favorecen el Bienestar individual y familiar, permite dar solución a los problemas	Se brindará apoyo psicológico y emocional con psicoterapeuta y tanatóloga para afrontar orientarle el afrontamiento ante la posible pérdida.	Demostró tranquilidad, disminución de síntomas físicos y psicológicos relacionados con la posible pérdida.

	D=Se mantendrá una comunicación abierta con la paciente para que exprese su sentir.	dirigidos en búsqueda de soluciones adecuadas frente a la crisis. El hacerse accesible al cliente le permite a este conocer que el personal de enfermería se preocupa.	Se dedicará un tiempo disponible exclusivo para ella para que exprese su sentir y sus emociones.	Expresó sus pensamientos y sentimientos relacionados con la posible pérdida de su bebé, manteniendo la fe de que todo saldrá bien.
--	--	--	---	---

V. CONCLUSIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático, centrado en el paciente, cuya finalidad es estructurar la prestación de cuidados de enfermería. Nos conlleva a la obtención de datos y su análisis con el fin de identificar los puntos fuertes del paciente y los problemas de salud reales o potenciales, así como el desarrollo y la revisión continua del plan de intervenciones de enfermería destinadas a conseguir unos resultados establecidos de común acuerdo.

72

En cada paso del proceso, el profesional de enfermería trabaja en estrecho contacto con el paciente para individualizar los cuidados y desarrollar una relación de respeto y confianza mutuos.

El presente desarrollo del proceso de atención de enfermería fue aplicado a la señora E. M. R. con quien tuve la grata experiencia de adentrarme con todo respeto y sentimiento humano a su vida, brindándole seguridad y confianza, lo cual me permitió llevar una interacción Cliente/Enfermera, llevando a cabo planes y estrategias basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para la realización de las intervenciones de enfermería de acuerdo a sus necesidades las cuales fueron ejecutadas y evaluadas, logrando así su máximo bienestar reflejado en un gesto de gratitud al momento de su alta.

El proceso atención de enfermería es un instrumento básico el cual me llenó de conocimientos teóricos-prácticos que me permiten engrandecer mi desempeño profesional brindando mejor calidad y atención al cliente, siendo la herramienta principal para mejorar la atención de nuestros sujetos del cuidado, y evolucionar realmente hacia una atención holística.

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO-LeFevre Rosalinda “Aplicación del Proceso Enfermero” 5ª Edición Editorial Elsevier Masson Barcelona España.2003. pp.274.

JIMÉNEZ Trujano Laura/ MENDOZA Colorado Catalina/ MONTOYA Martínez Adelina “Antología Obstetricia II” ENEO - UNAM, México. 1ª Edición 2007 pp.691

KOZIER G.E.R.B. / KBLAI J.M. Wilkinson “Fundamentos de enfermería” 5ª Edición, Editorial Interamericana 2005 pp.1569

KOZIER Barbara “Fundamentos de Enfermería” Vol. I y II 7ª edición Edición Editorial Mc.Gramw-HiLL.Interamericana de España.2005 pp.1667

MONDRAGÓN Castro Héctor “Ginecoobstetricia elemental” 2ª Edición Editorial Trillas México 2008 pp.451

NANDA Internacional “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación” Edición 2003 Editorial Elsevier. Madrid España pp. 287

NANDA Internacional “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación” Edición 2007-2008 Editorial Elsevier Madrid España pp.357

RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia. “Proceso Enfermero” Aplicación actual 2ª Edición México. Editorial Cuellar.2002 pp. 277

INTERNET

http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html

<http://html.rincondelvago.com/virginia-henderson.html>

http://www.elportaldelasalud.com/index.php?Itemid=29&id=84&option=com_content&task=view.

http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant_sp/prm.com.

<http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>