



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA  
CON EMBARAZO DE 35 SDG Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS  
CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**HILDA CARREON NAVARRETE.**

**NUMERO DE CUENTA: 407117057.**

**DIRECTORA ACADÉMICA:**

**LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ.**

**JUNIO 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

OBJETIVOS.....	1
General.....	1
Específicos.....	1
1.- MARCO TEORICO.....	2
1.1.-Teoría del cuidado.....	2
1.2.-PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	3
1.2.1.-Antecedentes.....	4
1.2.2.-Características.....	4
1.2.3.-Ventajas.....	5
1.2.4.-Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	7
1.2.4.1.-Valoración.....	7
1.2.4.2.-Diagnostico.....	16
1.2.4.3.-Planeación.....	19
1.2.4.4.-Ejecución.....	21
1.2.4.5.-Evaluación.....	24
1.3.-GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	25
1.3.1.-Definición.....	25
1.3.2.-Necesidades básicas.....	26
1.3.3.-Metaparadigma.....	27
1.3.4.-Afirmaciones teóricas.....	29
1.4.- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	31

2.-METODOLOGIA.....	34
3.-APLICACIÓN DEL CASO CLINICO.....	35
3.1.-Presentación del caso.....	36
3.2.-Análisis de las necesidades Básicas.....	37
3.3.-Valoración.....	45
3.4.-Diagnostico de Enfermería.....	47
3.5.-Planeación.....	49
3.6.-Ejecución.....	52
3.7.-Evaluación.....	52
3.8.-Plan de alta.....	69
4.- CONCLUSIONES.....	71
5.- SUGERENCIAS.....	72
6.- GLOSARIO.....	73
7.- BIBLIOGRAFIAS.....	75
8.-ANEXOS.....	77

## **INTRODUCCION.**

El proceso de Enfermería, es una herramienta útil, practica y teórica y de vital importancia para la atención de la persona, ya que es inmerso en la aplicación del método, permite a la enfermera proporcionar cuidados, no solo para satisfacer las necesidades de la persona enferma, sino también de la persona sana, así como su familia y la comunidad manteniendo el más alto grado de bienestar físico, psicológico y social, englobando su entorno enfermera-persona. Esta atención incluye diversas labores, en las que destacan aquellas, encaminadas a la detección de problemas potenciales de salud, de tal modo que se construyan líneas de intervención oportuna que intenten corregir las alteraciones antes de que tengan secuelas o pongan en peligro la vida de la persona.

Por tal motivo para brindar una atención integral capaz de ayudar a la persona a mejorar su estilo de vida, la enfermería actual se basa en el Proceso de Atención de Enfermería.

Este proceso se desarrolló para satisfacer las necesidades básicas de una mujer embarazada de 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas y está basado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, la cual conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas, con el fin de adquirir su independencia y satisfacer las mismas.

El trabajo contiene tres capítulos. En el primer capítulo se maneja los conceptos de la teoría del cuidado, esta se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos.

Enseguida se plantea la metodología del Proceso Atención de Enfermería y por ultimo en este capítulo se abordan generalidades del modelo de Virginia Henderson.

En el segundo capítulo se ubica a la metodología y se explica cada una de las etapas de proceso y como se llevaron a cabo.

El tercer capítulo se desarrolló la interacción de las taxonomías (NANDA). Diagnósticos enfermeros, clasificación y definiciones, seguido de la clasificación de resultados esperados (NOC). Complementándose con la ejecución desarrollada de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Para llevar a cabo un parto exitoso.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo General.**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson a una mujer embarazada de 35 SDG. Con Ruptura Prematura de Membranas de acuerdo a las necesidades de atención detectadas, proporcionando cuidados inmediatos con calidad y calidez para el bienestar de la persona.

### **Objetivos específicos.**

- Detectar factores de riesgo y alteraciones en la paciente a través de la valoración de necesidades.
- Aplicar plan de cuidados de enfermería con base en los diagnósticos enfermeros de la paciente.
- Evaluar los cuidados de la paciente y proporcionar plan de alta para seguimiento del embarazo con la finalidad de lograr un nacimiento exitoso.

## **1.-MARCO TEORICO.**

### **1.1.- Teoría del cuidado.**

La teoría de Jean Watson, considera a la persona como “un ser el mundo.” Se considera tres esferas: el alma, el cuerpo y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera debe tener en cuenta.

Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales, para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales de la persona. Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Las personas requieren de un cuidado holístico, que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal, que solo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más personales.<sup>1</sup>

El papel cuidador de la enfermera ha formado parte tradicionalmente de aquellas actividades que representan la dignidad de la persona y que suelen llamarse actuaciones maternas de la enfermería. Sin embargo la representación de estos cuidados implica conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan a la persona, El papel cuidador es difícil de definir, el objetivo principal de la enfermería en este papel es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado. La enfermera atiende a la persona apoyándole con actitudes y comportamientos que demuestran lo que le preocupa, su bienestar y aceptándole como persona, no solo como un ser mecánico.

---

<sup>1</sup> Watson J. *Teoría de Watson* (Consultado el 4 de febrero 2011). Disponible en: [www.slideshare.net/enfe3005](http://www.slideshare.net/enfe3005).

Bendery Wruber (1989). Afirma que el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería.

La enfermera nunca puede reducirse a la mera técnica, y al conocimiento científico, por que el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos incluso determinan la enseñanza de la persona tiene distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es. El cuidador es fundamental en la mayoría de las actividades de la enfermería y es un atributo esencial de la enfermera experta.<sup>2</sup>

## **1.2.- PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.**

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos de forma eficiente, por el cual se analiza a la persona, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.<sup>3</sup>

Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. El Proceso Atención de Enfermería (PAE) utiliza una metodología que exige al profesional de Enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento, y además, habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud.

Permite al personal de Enfermería asegurar la calidad de atención de la persona, familia y comunidad, por ser un método en el que podemos analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de Enfermería. Además proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigaciones de Enfermería.

---

<sup>2</sup> KOZIER B. et al. *Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica*. 5ta edición, (España): Edit; Mcgraw. Hill. Interamericana 1993. p. 43.

<sup>3</sup> ALFARO R. *Aplicación del proceso enfermero*, 4ta edición. (España): Edit.; Springer Verlag, Ibérica, 1999. p. 29.

### **1.2.1.- Antecedentes.**

Antes que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida.

El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la institución y la experiencia más que por un método científico.

El término proceso de enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos.

En 1955, Hall creó el término y Johnson (1959), Orlando (1961), y Hieden Bach (1963) fueron las primeras a utilizarlo para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera.

EL proceso antes descrito con sus cinco fases es aceptado en la actualidad por la mayoría de los expertos.

El uso del proceso de atención de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó que describen las cinco fases del proceso de enfermería. La mayoría de los estados ha revisado desde entonces sus leyes sobre el ejercicio de la enfermería para reflejar estos aspectos de la misma.

### **1.2.2.- Características.**

El proceso de Atención de Enfermería es un método para aplicar y poder administrar cuidados de Enfermería organizados. Se caracteriza por ser flexible, dinámico, humanista, intencionado, sistemático e interactivo.

FLEXIBLE: Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de Enfermería adaptarse a cualquier teoría y modelo de Enfermería

**DINAMICO:** Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre

**HUMANISTA:** Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

**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 de la persona y el de la propia Enfermera.

**SISTEMATICO:** Por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación)

**INTERCTIVO:** Por requerir la interrelación humano-humano con la (las) persona (s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Posee una base teórica: Sustentada en una amplia variedad de conocimientos incluyendo las ciencias y las humanidades que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

### **1.2.3.- Ventajas.**

El Proceso Atención Enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de Enfermería, produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalización.

Genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, puesto que facilita la comunicación con el sujeto de atención.

Permite la acreditación del profesional de Enfermería por ser el vehículo a través del cual, mediante el registro en las etapas diferentes, el profesional puede mostrar sus competencias y discernir, tomar decisiones y actuar para el cuidado de personas, familias o de grupos de la comunidad que necesitan de las acciones de salud.

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.<sup>4</sup>

Facilita el cuidado o dirigir su ejecución por otros y hacerse responsable del progreso de la persona y el registro del mismo.

Le proporciona al profesional de Enfermería herramientas para un proceso investigativo clínico especializado, para el desarrollo de nuevas estrategias y mejorar el cuidado de la persona, familia o comunidad.

Es un instrumento ideal para la enseñanza de Enfermería, puesto que conduce al estudiante a adquirir una metodología excelente para brindar un cuidado de calidad.

Permite a la Enfermería enfrentarse a los nuevos cambios del ámbito de prestación de servicios a la salud en nuestro país.

A la persona, le permite:

Participar en su propio cuidado ya que se propicia la comunicación entre cuidador y cuidado y se incentiva el auto cuidado.

Le garantiza la respuesta a sus problemas reales o potenciales, ya que estos son analizados minuciosamente para lograr identificar las mejores estrategias de actuación y así poder restablecer su salud, para de esta forma ir alcanzando un mayor grado de bienestar biopsicosocial.

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

---

<sup>4</sup> *Ibidem* pp. 30-31.

#### **1.2.4.- Etapas del proceso atención de enfermería.**

El proceso se organiza en cinco fases clínicas interrelacionadas y progresivas.

Valoración

Diagnostico de enfermería

Planeación

Ejecución

Evaluación.<sup>5</sup>

##### **1.2.4.1.- Etapa de valoración:**

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

La valoración puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Las Enfermeras deben de poseer requisitos previos para realizar una adecuada valoración del paciente, estos requisitos son:

La convicción del profesional conforma la actitud y motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre Enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

---

<sup>5</sup> RODRIGUEZ B. *proceso enfermero*, 2ª edición. (Guadalajara Jalisco): Edit, Cuellar, 2002. p. 32.

Los conocimientos profesionales deben tener una base de conocimientos sólida, que permite hacer una valoración del estado de salud integral de la persona, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos, comunicarse de forma eficaz implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje. Observar sistemáticamente implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse. Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones, un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades para implementar el plan de cuidados de Enfermería.

Los pasos para realizar la valoración son:

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

Recolección de datos. Se necesita conocimientos científicos y básicos, habilidades técnicas e interprofesionales, convicciones, capacidad creadora, sentido común, flexibilidad.

“Da inicio desde el primer encuentro del usuario hasta que la persona sea dada de alta” por lo que es necesario aprovechar cada momento en que se esté con la persona y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas, son fuentes directas primarias de la persona y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias, las fuentes indirectas de información a las que también se deben recurrir es el expediente clínico.

La recolección de datos de la persona puede ser general y específica, así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración de un área específica. Durante la valoración el profesional de Enfermería recoge cuatro tipos de datos, subjetivos, objetivos históricos y actuales.

Los datos subjetivos:

Son aquellos que la persona nos refiere y nos manifiesta una percepción de carácter individual (ejemplo el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, sus sentimientos etc...)

Los datos objetivos:

La información se debe observar y medir a través de los órganos de los sentidos, (ejemplo: antecedentes familiares y personajes de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos etc...)

Los datos históricos:

Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente comprenden los antecedentes personales heredofamiliares.

Los datos actuales:

Son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización.

La entrevista es una labor compleja que requiere ante todo habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha entre la persona.

Su finalidad es la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y la persona.

Toda entrevista por más sencilla que deba ser tiene una introducción, para saludar y presentarse con la persona y explicar la razón de la entrevista debe poseer un núcleo, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración, la entrevista debe presentar un cierre para informar a la persona sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.<sup>6</sup>

### **Entrevista clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, esta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia de la persona.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y la persona durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, estas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/persona.
- Permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre.

**Iniciación:** se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

**Cuerpo:** la finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal

---

<sup>6</sup> ALFARO R. Op. cit. p.41.

de la persona, se amplía en otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre la persona.

Cierre: Es la fase final de la entrevista no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Estas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consiste en que el problema de la persona no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa de la persona o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre las personas e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información a la persona.

Las técnicas verbales son:

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las fases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales.
- La forma de estar y la posición corporal.
- Los gestos.
- El contacto físico.
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G. M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: Empatía, calidez, concreción y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender a la persona, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional de la persona. Y otro en el que le da a entender que la comprende
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre la persona y el entrevistador. Se expresa solo a su nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir a la persona que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de

Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cinabal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador. La autenticidad, esta supone que “uno es él mismo cuando lo que dice esta acorde con sus sentimientos”.

### **El examen físico.**

Permite obtener una serie de datos a valorar el estado de salud de una persona y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y medicas, este debe ser sistemático y preciso, con un modelo de cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales, y por patrones funcionales de salud.

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

En el momento del primer encuentro con la persona, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera/persona.

Para efectuar “el examen físico se requiere de cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión auscultación”.<sup>7</sup>

La enfermera debe practicar el examen físico integral, haciéndose necesarios los conocimientos, habilidades y actividad para tener éxito.

La inspección consiste en utilizar los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo donde la enfermera debe saber que inspecciona y el orden a seguir, se puede valorar el cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario.

La palpación es el examen que se realiza utilizando el sentido del tacto, es decir las yemas de los dedos, por su inervación las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos etc.... Puede ser superficial, para tener éxito es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en zonas que no sean dolorosas.

La percusión es un método de valoración en la que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos, o vibraciones se emplea para estimar el tamaño del órgano, la presencia de líquido, aire o algún sonido, puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos directos o indirectamente cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo valora el funcionamiento de diversos órganos, al igual que la percusión esta puede ser directa cuando se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

### **Validación de la información**

La validación de estos datos evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

---

<sup>7</sup> KOZZIER B. Op. cit. pp.43-44.

Revalorar a la persona, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar a la persona/familia y a otros integrantes del equipo sanitario.<sup>8</sup>

La validación de datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable, que en la etapa del diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información

Es necesario revalorar a la persona, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no esté seguro, comparar datos objetivos, subjetivos, consultar a la persona/familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

### **Organización de datos**

La forma de organizar los datos depende de sus conocimientos, habilidades y preferencias. El propósito de organizar o agrupar la información en categorías es ayudarle a usted a obtener una imagen más clara de los problemas y de los recursos, es conveniente organizar los datos de acuerdo al modelo de enfermería.

### **Comunicación y registro de los datos.**

Es el último paso de la valoración consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persiguen el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad. Proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base de la investigación en enfermería.

Informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento completar la recolección de la base de datos.

---

<sup>8</sup>ALFARO L. Op. cit p. 46.

Con respecto al registro de datos, este varía de un centro laboral a otro, pero el “saber cómo y que anotar, es importante en extremo para la persona y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional”.<sup>9</sup>

#### **1.2.4.2.- Etapa de Diagnóstico.**

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia y comunidad, así como los recursos existentes (capacidades)

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

##### 1.-Razonamiento diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

##### 2.- Realizar la valoración

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnóstico de la N.A.N.D.A. y la estructura que deben de tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

##### 3.- Validación

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Durante la validación, la enfermera debe de consultar a la persona para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

---

<sup>9</sup> *Ibidem*, p.47.

#### 4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, puede escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.<sup>10</sup>

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

#### **Diagnóstico interdependiente o de colaboración.**

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud, reales o de riesgo donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento, en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes, se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica, lo que sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en la persona.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo, de salud y promoción de la salud.

#### **Reales:**

Describe las respuestas humanas a procesos vitales, estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o interferencias relacionadas.

---

<sup>10</sup> RODRIGUEZ B. Op. Cit. pp. 51-62.

**Riesgo:**

Describe respuestas humanas a estados de salud o procesos vitales que puedan desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factor de riesgo que contribuye al aumento de la vulnerabilidad.

**Salud:**

Describe respuestas humanas de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar, esta disposición se sustenta en características definitorias, como en todos los diagnósticos se identifican los resultados sensibles a las intervenciones enfermeras que proporcionan una alta probabilidad de alcanzar la salud.

**Promoción de la salud:**

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en características definitorias. Las intervenciones se seleccionan conjuntamente con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo la habilidad de alcanzar los resultados esperados.

**Componentes de un diagnóstico:**

**Etiqueta:** Proporciona un nombre al diagnóstico, es un término o frase concisa que representa un patrón de necesidades relacionadas. Puede incluir modificadores.

**Definición:** Proporciona una descripción clara precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

**Características definitorias:** Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Puede describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.<sup>11</sup>

#### **1.2.4.3.- Etapa de planeación.**

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas de la persona enferma”.

Los pasos de planeación son:

1.- Establecer prioridades. Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si la persona se encuentra hospitalizado y grave, sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

2.- Elaborar los resultados esperados. Son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado” al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, son factores de motivación al generar numerosas acciones a las enfermeras.

3.- Intervenciones de enfermería. Son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico

---

<sup>11</sup> NANDA I, *Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación*, 2007-2008. (Madrid España): Edit. Elsevier. pp. 344-345.

enfermero o problema interdependiente, en la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección acciones de enfermería específica.

4.- Documentar el plan de cuidados. Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen el problema de salud encontrado (diagnostico enfermero o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes. Para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente) y que las funciones de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales a problemas de salud reales.

La priorización siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado, durante la priorización se emplea el pensamiento crítico para resolver los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, por lo que permiten brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas, los objetivos son parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos usted mide un plan determinado.

### **Taxonomía NOC resultados esperados.**

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidado. El éxito del plan de cuidados depende si se alcanzaron los resultados esperados.
- Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados esperados y luego como se consiguen.

- Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ello.

La clasificación de los resultados del NOC es una agrupación estandarizada de resultados en las personas desarrollada para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería.

La clasificación de resultados contienen 385 resultados cada uno de ellos incluye un nombre de identificación (etiqueta). Una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico de la persona, cuidador familiar o sociedad en relación del resultado, una escala de medida de tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas, utilizadas en la descripción del resultado.

Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición, cada resultado tiene un código único 4 dígitos los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado y las escalas van codificadas con letra.<sup>12</sup>

#### **1.2.4.4.- Etapa de ejecución:**

Es la cuarta etapa del proceso enfermero, comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a conseguir los objetivos deseados.

Pasos para la ejecución son:

Preparación.

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características de la persona y que sean compatibles con las de otros profesionales, haciéndose necesaria la revaloración.
- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.

---

<sup>12</sup> MOORHEAD S, *et.al.* *Clasificación de resultados de enfermería* .4ta edición. (Madrid España): Edit. Mosby, 2009. p. 134.

- Tener en mente las complicaciones que se puedan presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- Reunir el material y equipo para llevar a cabo cada intervención.
- Crear un ambiente confortable y seguro para la persona durante la realización de cada actividad.
- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación, (tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta).

### **Intervención**

Las intervenciones de enfermería pueden llevarse a cabo de forma independiente o interdependiente que incluyen, la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación de la persona, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es importante considerar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de la persona durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

### **Documentación**

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente de la persona y como registro indispensable en todas las instituciones de salud. Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a registros particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud, sin embargo estos deben reunir ciertas características como son: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, nombre y firma de la enfermera. Así mismo las notas deben ser claras, concisas, completas, legibles, relevantes y oportunas.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> IYER, P W. *Op. Cit.* p. 89.

## **Taxonomía NIC. Intervenciones de enfermería.**

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey (actualmente Joanne Dochterman) y Gloria Bulechek en la University of Iowa. El equipo desarrollo la clasificación de intervenciones que realizan las enfermeras (NIC) una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras (os), publicada por primera vez el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como << cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras tanto los cuidados indirectos dirigidas a las personas, las familias o la comunidad ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras por los médicos o por otros profesionales >> (Dochterman & Bulechek 2004. pág. 23) . Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva a la intervención y una breve lista de referencias.

La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30

actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las más adecuadas para una persona o familia.<sup>14</sup>

#### **1.2.4.5.- Etapa de Evaluación**

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda la práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución. La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, a que se brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de enfermería y requiere de la interrelación con la persona y su familia.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para alcanzar los resultados esperados. Identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado por lo tanto, es necesaria la valoración de la persona, familia o comunidad. Para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas, para el desarrollo de esa actividad, la enfermera y la persona deben determinar el progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta, identificando obstáculos y estrategias.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> BURECHEK G. BUTCHER H. MCCLOSKEY J. *Clasificaciones de intervenciones de enfermería* 5ta edición. (Madrid España): Edit. Mosby 2009 . p. 3.

<sup>15</sup> RODRIGUEZ B. Op. cit, p. 93.

### **1.3.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

#### **1.3.1.- Definición.**

VIRGINIA HENDERSON nació en 1897 en Kansas City, Missouri, graduándose en 1921 especializándose como enfermera docente, iniciándose como tal en 1922. Incorporando los principios fisiológicos y fisiopatológicos a su concepto de enfermería.

Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería. Lo que llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera desde su época de estudiante.

Tras años de labor docente, asistencial y de investigadora, Virginia Henderson en 1956 define la función propia de la enfermera en el libro "The Nature of Nursing" en términos funcionales: " La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila" que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y a realizarlo de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

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

Los elementos más importantes de su modelo son:

- Que la enfermera asista a las personas en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar una muerte tranquila.
- Introduce o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas que componen "los cuidados enfermeros".<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>Virginia Henderson. *Teóricas de Virginia Henderson*. (consulta el 18 de febrero de 2011). Disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm)-Enfermeras .

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

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

### **1.3.2.- Necesidades básicas.**

- 1.- Necesidad de respirar con normalidad.
- 2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.
- 3.- Necesidad de eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Necesidad de descansar y dormir.
- 6.- Necesidad de seleccionar una vestimenta adecuada.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal.
- 8.- Necesidad de mantener la higiene corporal.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros del entorno.
- 10.- Necesidad de comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades, medios u opiniones
- 11.- Necesidad de ejercer culto a dios, acorde con su religión.
- 12.- Necesidad de trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Necesidad de participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Necesidad de estudiar, descubrir o satisfacer su curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de la salud.

### **1.3.3.- Metaparadigma.**

Definición de Virginia Henderson de los 4 conceptos del Metaparadigma.

#### **Persona:**

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

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

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

#### **Salud:**

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

- **Independencia:**

Capacidad de la persona para alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades básicas, por medio de acciones adecuadas para satisfacer las necesidades, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

- **Dependencia:**

Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus catorce necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las mismas.

- **Causas de dificultad o problema:**

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona responder de forma autónoma y son los factores responsables del problema de salud.

- **Falta de Fuerza:** Fuerza no es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- **Falta de Conocimiento:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Falta de Voluntad:** Esta entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas.

La presencia de estas 3 causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente. Así mismo estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones de Enfermería correspondientes, el tipo de participación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

**Entorno:**

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

**Cuidado:**

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

**1.3.4.- Afirmaciones Teóricas:**

Relación enfermera - persona.

La enfermera como sustituta de la persona. Este se da siempre que la persona tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias de la persona debido a su falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar de la persona, durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda a la persona para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera de la persona, supervisa y educa a la persona, pero es ella quien realiza su propio cuidado.

Relación Enfermera – medico.

La enfermera tiene una metodología diferente a la de los médicos su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación de colaboración.

Relación Enfermera – Equipo de Salud.

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

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

#### **1.4.- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.**

La fisiopatología de Ruptura Prematura de Membranas y la identificación de intervenciones oportunas ofrecen cada vez más oportunidades para reducir el riesgo de parto pretermino y las secuelas de la prematurez. Se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes de que se inicie el trabajo de parto. Las membranas normalmente se rompen de manera espontánea al final del primer periodo de trabajo de parto.<sup>17</sup>

##### **Epidemiología.**

La incidencia de la RPM es de 5 a 15 % de todos los embarazos. Se presenta en 10 % de los embarazos de término y en 2 a 3.5 % de los embarazos pretérmino con RPM.

A pesar de la baja prevalencia en los embarazos menores de 37 SDG, 30 a 40 % de los neonatos nacidos prematuramente tienen como antecedente RPM. Haciendo de esta la principal causa identificable de parto pretermino.

La RPM es responsable de 20 % de la mortalidad perinatal, antes de las 32 SDG. Afortunadamente, el riesgo de muerte materna por esta patología ha disminuido de 0.2 %.

##### **Etiología.**

Diversos estudios epidemiológicos han identificado un sin número de factores asociados a un mayor riesgo de RPM, estas incluyen, infecciones del tracto genital materno, (vaginosis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea, corioamnionitis subclínica). Factores de comportamiento (tabaquismo, drogas, estado nutricional, coitos). Complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, sangrados uterinos, polihidramnios) cambios ambientales (presión barométrica).

---

<sup>17</sup> Ahued J R. *Ginecología y obstetricia Aplicadas* 2ª edición. (Colombia Bogotá): Edit., Manual Moderno 2003 p. 384.

Con las contracciones uterinas aumenta la presión intrauterina, ejerciéndose mayor presión sobre la zona debilitada y culminando con la RPM.

La fuerza e integridad de las membranas se mantienen por el equilibrio entre la síntesis y degradación de la colagena.

### **Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo implicadas en la RPM; pueden coexistir en la misma persona, solo 3 factores permanecieron significativos.

- Parto pretermino previo
- Sangrado transvaginal durante el embarazo
- Tabaquismo.

Las personas que acuden en trabajo de parto presentan mayor tasa de cultivos positivos y un inoculo mas grande que las personas con RPM. Sin trabajo de parto.

En cuanto a la evolución del embarazo en la persona con RPM se ha observado el periodo de latencia es más corto y hay mayor riesgo de desarrollar corioamnionitis, endometritis y sepsis neonatal.

### **DIAGNOSTICO DE RPM**

En todas las pacientes con historia sugestiva de RPM se debe realizar especuloscopia, en el cual se debe de encontrar al menos dos de los siguientes criterios.

- Salida de líquido amniótico.
- Prueba de cristalografía.
- Prueba de papel de Nitrazina positiva.

### **Manejo de ruptura prematura de membranas.**

El objetivo del manejo de la persona con RPM es disminuir la morbilidad materna y perinatal secundaria principalmente a infección y prematurez.

La evaluación inicial de la paciente requiere confirmar el diagnóstico, establecer la edad gestacional, peso y presentación del feto, buscar datos de infección, madurez pulmonar y establecer bienestar fetal.<sup>18</sup>

El manejo conservador tiene como objetivo prolongar la gestación para inducir madurez pulmonar fetal y disminuir la morbilidad secundaria al síndrome de dificultad respiratoria.

- Al ingreso se solicita citología hemática.
- Se monitoriza diariamente la presencia de signos de infección
- PBF diario.
- Se induce madurez pulmonar con dexametasona.

### **Manejo de antibiótico**

Tomando en cuenta el papel que desempeña la infección en la fisiopatología de la RPM, es lógico pensar que el uso de antibióticos combate la infección, lejos de enmascararla.

Existen diversos estudios que proponen diferentes esquemas de antibióticos, como eritromicina, ampicilina, cefalosporinas en RPM enfocado especialmente a resultados neonatales.

### **Interrupción del embarazo.**

La atención del parto por vía vaginal estará justificado siempre y cuando se disponga de monitorización fetal intraparto, en su defecto los embarazos entre 27 a 33 SDG se interrumpen por vía cesárea, lo mismo sucederá con embarazos mayores de 34 SDG con cérvix desfavorable o mala respuesta a inductores de madurez cervical u oxitocina.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> *Ibíd*em p. 390.

<sup>19</sup> *Ibíd*em p.393.

## **2.- METODOLOGIA.**

Este Proceso de Atención de Enfermería fue desarrollado gracias al asesoramiento de la Lic. Margarita González Vázquez. Asesor académico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Debido a que se eligió este medio como opción de titulación.

En el Hospital General Ernesto Meana San Román donde laboro y también realice mis prácticas clínicas de obstetricia en las áreas de toco cirugía se detectó gran incidencia de Ruptura Prematura de Membranas en las pacientes que acuden con trabajo de parto verdadero. Por esta razón se eligió a la señora. Deysi V. R. con 35 SDG y con 5 horas aproximadamente de haber presentado Ruptura Prematura de Membranas de manera espontanea.

En la valoración de la paciente se utilizó un instrumento basado en el modelo de Virginia Henderson con las catorce necesidades para el interrogatorio y la exploración física, así como estudio de laboratorio que se registran y organizan para establecer los diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar de enfermería se desarrollaron utilizando como recurso bibliográfico. La North American Nursing Diagnoses Asociación taxonomía (NANDA). en la planeación de la tercera etapa se desarrolló el plan de cuidados obteniendo resultados de enfermería en base a la identificación de las necesidades prioritarias de la paciente, en la ejecución del proceso se puso en práctica el plan de cuidados, por medio de la taxonomía de clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Se observaron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa corroborando los beneficios de la persona por medio de la clasificación de resultados (NOC).

### **3.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.**

#### **Ficha de identificación.**

NOMBRE. Deysi Vásquez Rodríguez

FECHA DE ADMISION. 25 de diciembre de 2010

HORA..13 horas

EDAD. 27 años

SEXO. Femenino

PESO. 69.600 Kg

TALLA. 152 cm

ESCOLARIDAD. Secundaria

ESTADO CIVIL. Unión libre

OCUPACION. Ama de casa

### **3.1.-Presentacion del caso.**

Se trata de femenina de 27 años de edad, acompañada de su esposo, vive en casa propia construcción de tabique, cuenta con todos los servicios públicos, con un peso de 69.600 kg, talla de 1.52 cm. Multigesta de religión católica, ingresa al servicio de Modulo MATER del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román, quien refiere embarazo de 35 SDG mas salida transvaginal de liquido claro grumoso abundante, de 5 horas de evolución. Buena oxigenación y refiere movimientos fetales presentes. Con diagnóstico médico de Ruptura Prematura de Membranas.

Por lo que se presumen las siguientes necesidades básicas.

Necesidad de Nutrición.

Necesidad de eliminación.

Necesidad de movimiento.

Necesidad de sueño y descanso.

Necesidad de termorregulación

Necesidad de higiene y protección.

Necesidad de evitar peligros.

Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores.

Necesidad de aprendizaje

### 3.2.- ANALISIS DE LAS NECESIDADES BASICAS

\* Fuerza    \*\* Voluntad    \*\*\* Conocimiento

OXIGENACION				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FC 88 X"</li> <li>• FR 22 X'</li> <li>• T.A 120\70 mmHg.</li> <li>• Llenado capilar 2X'.</li> </ul>				

NUTRICION E HIDRATACION				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso y talla normal para su estado de gravidez.</li> <li>• Tiene apetito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene ayuno.</li> <li>• Refiere tener sed.</li> <li>• Refiere mucosas orales secas.</li> <li>• Presenta estrías.</li> </ul>	X	X	X

<b>ELIMINACION DE DESHECHOS CORPORALES</b>				
<b>DATOS DE INDEPENDENCIA</b>	<b>DATOS DE DEPENDENCIA</b>	<b>F*</b>	<b>V**</b>	<b>C***</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación urinaria es sin problemas.</li> <li>• Orina frecuentemente por su estado de gravidez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere de ayuda para realizar sus necesidades fisiológicas por estar en reposo absoluto.</li> </ul>		X	X

<b>MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA BUENA POSTURA</b>				
<b>DATOS DE INDEPENDENCIA</b>	<b>DATOS DE DEPENDENCIA</b>	<b>F*</b>	<b>V**</b>	<b>C***</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con libertad para cambios frecuentes de posición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta restricción de movimientos fuera de la cama.</li> <li>• Cuenta con útero gestante.</li> </ul>		X	X

de decúbito lateral izquierdo, derecho y supina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere de ayuda para el cambio de posición.</li> </ul>	X	X	X
--	---	---	---	---

<b>DESCANSO Y SUEÑO</b>				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desea descansar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere alteración del sueño. Estrés y fatiga.</li> <li>• Presenta limitaciones al movimiento.</li> </ul>		X	X

VESTIDO				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viste de acuerdo a su estado con ropa holgada y cómoda.</li> <li>• Tiene la capacidad para vestirse sola.</li> </ul>				

TERMORREGULACION				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de 37.5°C.</li> <li>• FC 88 X'</li> <li>• FR 22 X'</li> <li>• Viste con ropa de acuerdo a las condiciones ambientales.</li> </ul>		X		X
		X		X



<b>COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD</b>				
<b>DATOS DE INDEPENDENCIA</b>	<b>DATOS DE DEPENDENCIA</b>	<b>F*</b>	<b>V**</b>	<b>C***</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vive con su esposo y sus hijos.</li> <li>• Su comunicación es clara y comprensible</li> <li>• Cuenta con sexualidad satisfecha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depende de familiares de la pareja</li> <li>• Concepto de sí misma de minusvalía restando importancia a su gravedad.</li> </ul>		X	X

<b>CREENCIAS Y VALORES</b>				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gusta mantener unida a su familia.</li> <li>• Desea lactar a su bebé.</li> <li>• Cree en Dios y es católica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor por probable complicación.</li> </ul>			X

<b>TRABAJO Y AUTORREALIZACION</b>				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desea el bienestar de ella y de su bebé junto con su familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación por parte del padre hacia el estado de salud de la esposa y del hijo.</li> </ul>		X	X

APRENDIZAJE				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce en qué consiste su problema de salud.</li> <li>• Identifica factores de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere de apoyos educativos de salud</li> <li>• Solicita revisiones de salud general para toda su familia.</li> </ul>			<p>X</p> <p>X</p>

### 3.3.- VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS.

<b>NECESIDAD</b>	<b>MANIFESTACION</b>
1.- Oxigenación.	Sin alteración.
2.- Nutrición e hidratación.	Refiere tener sed y mucosas orales secas, se encuentra en ayuno.
3.- Eliminación.	Refiere defecar una vez al día con un poco de dificultad con heces duras y micciones de 5-6 veces al día con características amarillo claro.
4.- Movimiento y mantener buena postura	Dificultad para realizar las actividades de movilización en cama y de auto cuidado debido a su estado de gravidez.
5.- Descanso y sueño.	Refiere cansancio por estar encamada, desea dormir y manifiesta estrés.
6.- Utilizar prendas de vestir.	Sin alteración.
7.- Termorregulación.	Presenta temperatura de 37.5 °C.

8.- Higiene y protección de la piel.	Presenta sudor excesivo en cuello, resequedad y estrías en abdomen.
9.- Evitar peligros.	Presenta ruptura prematura de membranas, considerando probable cuadro infeccioso.
10.- Comunicación.	Manifiesta a sus familiares tener miedo y preocupación por no saber que pasara con su bebé.
11.- Vivir según sus creencias y valores.	Sin alteración.
12.- Trabajar y realizarse.	Sin alteración.
13.- Participar en actividades Recreativas.	Sin alteración.
14.- Aprendizaje.	Desea saber sobre su estado actual Y pide al personal de salud la oriente a ella y a su pareja, ya que desea tener conocimiento sobre ruptura prematura de membranas y estado actual de su bebé.

### 3.4.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNOSTICO.</b>
1.- Oxigenación.	Sin alteración.
2., Nutrición e hidratación.	Déficit de volumen de líquidos relacionado con hipertermia manifestado por mucosas orales secas.
3.- Eliminación.	Riesgo de estreñimiento relacionado con embarazo secundario a actividad física insuficiente.
4.- Movimiento y mantener buena postura	Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con útero gestante voluminoso manifestado por disminución de la habilidad para cambiar de posición de decúbito lateral izquierdo, derecho y supina.
5.- Descanso y sueño.	Deprivación del sueño relacionado con persistencia de un entorno para el sueño incomodo manifestado por cansancio.

6.- Utilizar prendas de vestir.	Sin alteración.
7.- Termorregulación.	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionada con deshidratación y mucosas orales secas.
8.- Higiene y protección de la piel.	Sin alteración
9.- Evitar peligros.	Riesgo de infección relacionado con salida de líquido amniótico transvaginal grumoso de cinco horas.
10.- Comunicación.	Temor relacionado con posible pérdida fetal manifestado por angustia.
11.- Vivir según sus creencias y valores.	Sin alteración.
12.- Trabajar y realizarse.	Sin alteración.
13.- Participar en actividades Recreativas.	Sin alteración.
14.- Aprendizaje.	Conocimientos deficientes de su padecimiento relacionados con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestada por verbalización del problema.

### 3.5.- PLANEACION.

Jerarquización de necesidades y establecimiento de resultados esperados.

NECESIDADES JERARQUIZADAS.	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.	RESULTADOS ESPERADOS.
9 Evitar peligro.	Riesgo de infección relacionado con salida de líquido amniótico transvaginal grumoso de cinco horas.	Control de la infección.
7 Termorregulación.	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con febrícula de 37.5° C.	Control de eutermia.
2 Hidratación.	Déficit de volumen de líquidos relacionado con hipertermia manifestado por mucosas orales secas.	Equilibrio hídrico.
3 Eliminación.	Riesgo de estreñimiento relacionado con embarazo secundario a aporte insuficiente de líquidos.	Eliminación intestinal diaria

14 Aprendizaje.	Conocimientos deficientes de su padecimiento relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestada por verbalización del problema.	Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario.
4 Movimiento.	Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con útero gestante voluminosos manifestado por disminución de la habilidad para cambiar de posición de decúbito lateral izquierdo, derecho y supina.	Movimiento coordinado.
10 Comunicación.	Temor relacionado con posible pérdida fetal manifestado por angustia.	Afrontamiento eficaz de problemas.

5 Descanso y sueño.	Deprivación del sueño relacionado con persistencia de un entorno para el sueño incomodo manifestado por cansancio.	Sueño y descanso.
---------------------	--	-------------------

### 3.6.-Ejecución.

### 3.7.-Evaluación.

<p>Necesidad: 9 Evitar peligro</p> <p>Diagnostico: Riesgo de infección relacionado con salida de líquido amniótico transvaginal grumoso de cinco horas.</p> <p>Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.</p> <p>Dominio: 11 Definición: ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; preservación de las perdidas, y preservación de la protección seguridad.<sup>20</sup></p> <p>Clase 1 infección</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio: 11 Definición resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>Clase: H Definición respuesta inmune.</p> <p>Resultado que describen la reacción fisiológica de un individuo o sustancias extrañas o que el organismo considera extraña.</p>	<p>Intervención:</p> <p>Protección contra las infecciones.<sup>22</sup></p> <p>Definición: Prevención y detección precoz de las infección en una persona de riesgo.</p>

<sup>20</sup> NANDA I. *Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones 2007-2008*,. (Madrid España):Edit. Elsevier. p. 290.

<p>Resultados:</p> <p>Severidad de la infección<sup>21</sup></p> <p>Estado inmune</p> <p>Detección del riesgo</p> <p>Control del riesgo; proceso infeccioso.</p> <p>Indicador: Fiebre</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente</p> <p>3.- Moderadamente</p> <p>4.- Levemente</p> <p>5.- <b>No comprometido.</b></p>	<p>ACTIVIDADES.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.</li> <li>• Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada</li> <li>• Observar el grado de recuperación del tratamiento con antibióticos.</li> <li>• Fomentar la ingesta de líquidos, si procede</li> <li>• Facilitar el descanso, cambios frecuentes de posición.</li> <li>• Instruir a la persona y familia acerca de los signos y síntomas de infección</li> <li>• Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar</li> </ul>
<p>Evaluación: la señora Deysi aprendió a identificar los signos de alarma sobre riesgo de infección que presenta, coopera y comunica a su enfermera ayudando a quedar en una escala 5.</p>	

<sup>22</sup> BULECHEK G, BUTCHER H, MCCLOSKEY J. Clasificación de intervenciones de enfermería. 5ta edición.(Madrid España): Edit. Mosby 2009. p. 669.

<sup>21</sup> MOORHEAD S y otros. *Clasificación de resultados de enfermería*. 4ta edición. (Madrid España): Edit. Mosby 200. p. 649.

<p>Necesidad: 7 Termorregulación.</p> <p>Diagnostico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionada con febrícula de 37.5°C.</p> <p>Definición: Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.</p> <p>Dominio: Il Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; preservación de las perdidas y preservación de la protección y seguridad.<sup>23</sup></p> <p>Clase: 6 Termorregulación.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio: Il Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>Clase: 1 Regulación metabólica.</p> <p>Definición: Resultado que describen la capacidad de un individuo para controlar el metabolismo corporal.</p>	<p>INTERVENCION.</p> <p>Regulación de la temperatura.<sup>25</sup></p> <p>Definición: conservación y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.</p>

<sup>23</sup> NANDA I. Op. cit. p. 239.

<sup>25</sup> BURECHEK G. Op. cit. p. 707.

<p>Resultados:</p> <p>Control del riesgo hipertermia<sup>24</sup></p> <p>Control proceso infeccioso</p> <p>Hidratación</p> <p>Termorregulación</p> <p>Signos vitales.</p> <p>Indicador:</p> <p>Temperatura cutánea aumentada</p> <p>deshidratación</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente</p> <p>3.- Moderadamente</p> <p>4.- Levemente</p> <p>5.- <b>No comprometido</b></p> <p>.</p>	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la temperatura cada 2 horas</li> <li>• Observar el color y la temperatura de la piel</li> <li>• Observar y registrar signos y síntomas de hipertermia</li> <li>• Ajustar la temperatura ambiental</li> <li>• Administrar líquidos por vía oral si procede.</li> <li>• Realizar baño de esponja y aplicación de compresas frías.</li> </ul>
<p>Evaluación: La señora Deysi se mantiene en una temperatura ambiente logrando quedar en una escala de 5.</p>	

<sup>24</sup> MOORHEAD S. Op. cit. p. 666.

Necesidad: 2 Hidratación.

Diagnostico: Déficit de volumen de líquidos relacionado con hipertermia manifestado por mucosas orales secas.

Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular; se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

Dominio: 2 Nutrición Actividad de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.<sup>26</sup>

Clase: 5 Hidratación.

NOC	NIC
<p>Dominio: II Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>Clase: G Líquidos y electrolitos.</p> <p>Definición. Resultados que describen el estado hidroelectrolítico de un individuo.</p>	<p>Intervención.</p> <p>Manejo de líquidos.<sup>28</sup></p> <p>Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p>

<sup>26</sup> NANDA I. Op. cit. p. 253.

<sup>28</sup> BURECHEK G. Op cit . p. 551.

<p>Resultados:</p> <p>Hidratación</p> <p>Equilibrio hídrico<sup>27</sup></p> <p>Signos vitales</p> <p>Termorregulación.</p> <p>Indicador:</p> <p>Hidratación cutánea</p> <p>Humedad de membranas mucosas.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente</p> <p>3.- Moderadamente</p> <p>4.- Levemente</p> <p>5.- <b>No comprometido.</b></p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el estado de hidratación</li> <li>• Monitorizar signos vitales</li> <li>• Administrar líquidos por vía oral.</li> <li>• Llevar un balance de líquidos de ingresos y egresos.</li> <li>• Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed</li> <li>• Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito</li> <li>• mantener una vena periférica permeable para administrar líquidos parenterales.</li> </ul>
<p>Evaluación: la señora Deysi se mantuvo hidratada logrando tener mucosas orales húmedas quedando en una escala de 5.</p>	

<sup>27</sup> MOORHEAD S. Op. cit. p, 697.

<p>Necesidad: 3 Eliminación.</p> <p>Diagnostico: Riesgo de estreñimiento relacionado con embarazo secundario a aporte insuficiente de líquidos.</p> <p>Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras o secas.</p> <p>Dominio: 3 Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.<sup>29</sup></p> <p>Clase: 2 Función intestinal.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio: II Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>Clase: F</p> <p>Definición: Resultado que describe el patrón y el estado de eliminación y excreción de los productos de desecho de un individuo.</p>	<p>Intervención:</p> <p>Manejo del estreñimiento/impactación.<sup>31</sup></p> <p>Definición: prevención y alivio del estreñimiento/impactación.</p>

<sup>29</sup> NANDA I. Op. cit. p.109.

<sup>31</sup> BURECHEK G. Op. Cit. p. 526.

<p>Resultados:</p> <p>Eliminación intestinal</p> <p>Consecuencias de la inmovilidad</p> <p>Hidratación</p> <p>Control de riesgo.<sup>30</sup></p> <p>Indicador:</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Heces blandas y formadas.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente</p> <p>3.- Moderadamente</p> <p>4.- Levemente</p> <p>5.- <b>No comprometido.</b></p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento</li> <li>• Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación</li> <li>• Comprobar movimientos intestinales</li> <li>• Dieta rica en fibra y abundantes líquidos.</li> </ul>
<p>Evaluación: La señora Deysi logro defecar heces blandas y formadas quedando en una escala de 5.</p>	

<sup>30</sup> MOORHEAD S. Op. cit. p. 415.

<p>Necesidad: 14 Aprendizaje.</p> <p>Diagnostico: Conocimientos deficientes de su padecimiento relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestada por verbalización del problema.</p> <p>Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p> <p>Dominio: 5 Sistema humano de procesamiento de la información incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.<sup>32</sup></p> <p>Clase: 4 Cognición.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio IV Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.</p> <p>Clase: S Conocimiento sobre salud.</p> <p>Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre los cuidados de un recién nacido pretermino nacido a las 24-37 semanas (a termino) de gestación.</p>	<p>Intervención:</p> <p>Facilitar el aprendizaje.<sup>34</sup></p> <p>Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar la instrucción cuando la persona</li> </ul>

<sup>32</sup> NANDA I. Op. Cit. p. 63.

<sup>34</sup> BURECHEK G. Op. Cit. 387.

<p>Resultado:</p> <p>Conocimientos: Cuidados del recién nacido pretermino<sup>33</sup>.</p> <p>Conocimientos: control de la infección</p> <p>Indicador:</p> <p>Estrategias de crianza en el hospital. Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Ningún conocimiento</p> <p>2.- Conocimiento escaso</p> <p>3.- Conocimiento moderado</p> <p>4.- <b>Conocimiento sustancial</b></p> <p>5.- Conocimiento extenso.</p>	<p>demuestre estar dispuesto a aprender</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos observables</li> <li>• Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión de la persona</li> <li>• Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje</li> <li>• Establecer la información en una secuencia lógica</li> <li>• Utilizar un lenguaje familiar</li> <li>• Dar el tiempo adecuado para dominar la información</li> <li>• Repetir la información importante.</li> </ul>
<p>Evaluación: La señora Deysi comprendió y asimiló la orientación brindada por parte de personal de salud quedando en una escala de 4.</p>	

<sup>33</sup> MOORHEAD S. Op. cit. p 280.

<p>Necesidad: 4 Movimiento.</p> <p>Diagnostico: Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con útero gestante voluminoso manifestado por disminución de la habilidad para cambiar de posición de decúbito lateral izquierdo, derecho y supina.</p> <p>Definición: Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.</p> <p>Dominio: 4 Actividad/reposo producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.<sup>35</sup></p> <p>Clase: 2 Actividad/ejercicio.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio: I Salud funcional resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.</p> <p>Clase: C Movilidad.</p> <p>Definición: Resultado que describe la movilidad física del individuo y las secuelas por la restricción de movimientos.</p> <p>Resultado:</p> <p>Movilidad<sup>36</sup></p>	<p>Intervención:</p> <p>Cambio de posición.<sup>37</sup></p> <p>Definición: Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.</p>
	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados</li> <li>• Animar a la paciente a</li> </ul>

<sup>35</sup> NANDA I. Op. cit. p.171.

<p>Movimiento coordinado</p> <p>Rendimiento de los mecanismos personales</p> <p>Realización de transferencia.</p> <p>Indicador:</p> <p>Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>Coordinación.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente</p> <p>3.- Moderadamente</p> <p>4.- <b>Levemente</b></p> <p>5.- No comprometido.</p>	<p>participar en los cambios de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar en la posición de decúbito lateral izquierdo.</li> <li>• Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente</li> <li>• Colocar los objetos de uso frecuente al alcance</li> <li>• Explicar las razones del reposo en cama</li> <li>• Mantener la ropa de cama limpia y seca.</li> </ul>
<p>Evaluación: La señora Deysi mantuvo una posición corporal adecuada coordinando sus movimientos quedando en una escala de 4.</p>	

<sup>36</sup> MOORHEAD S. Op. cit. p.706.

<sup>37</sup> BURECHEK G. Op. cit. p. 196.

<p>Necesidad: Comunicación.</p> <p>Diagnostico: Temor relacionado posible pérdida fetal manifestado por angustia.</p> <p>Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p> <p>Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos.<sup>38</sup></p> <p>Clase: 2 respuesta de afrontamiento.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio: 3 resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.</p> <p>Clase: N Adaptación psicosocial.</p> <p>Resultado: resultados que describen la adaptación psicológica y / o social de un individuo a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida.</p>	<p>Intervención.</p> <p>Asesoramiento<sup>40</sup></p> <p>Definición. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos de la persona y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p>

<sup>38</sup> NANDA I. Op. cit. p. 237.

<p>Afrontamiento de problemas<sup>39</sup></p> <p>Nivel de estrés</p> <p>Nivel de miedo</p> <p>Autocontrol de ansiedad</p> <p>Autocontrol del miedo.</p> <p>Indicador:</p> <p>Buscar información acreditada sobre el tratamiento.</p> <p>Utilizar el sistema de apoyo personal</p> <p>Adoptar conductas para reducir el estrés.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.- <b>Raramente demostrado</b></p> <p>3.- A veces demostrado</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Siempre demostrado.</p>	<p>Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</li> <li>• Demostrar simpatía, calidez y autenticidad</li> <li>• Proporcionar información objetiva</li> <li>• Favorecer la expresión de sentimientos</li> <li>• Ayudar a la persona a identificar el problema o la situación causante del trastorno.</li> </ul> <p>Intervención.</p> <p>Apoyo emocional.</p> <p>Definición. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p>
---	---

<sup>40</sup> BURECHEK G. Op. cit. p. 153.

<sup>39</sup> MOORHEAD S. Op. cit. p. 167.

	<p>Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comentar la experiencia emocional con la persona</li><li>• Explorar con la persona que ha desencadenado las emociones</li><li>• Abrazar o tocar a la persona para proporcionarle apoyo</li><li>• Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminución de respuesta emocional</li></ul>
<p>Evaluación: La señora Deysi utilizó el sistema de apoyo emocional y adoptó conductas para reducir el estrés quedando en una escala 2.</p>	

Necesidad: 5 Descanso y sueño

Diagnostico: Deprivación del sueño relacionado con persistencia de un entorno para el sueño incomodo manifestado por cansancio.

Definición: prolongados periodos de tiempo sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

Dominio: 4 Producción conservación gasto o equilibrio de los recursos energéticos.<sup>41</sup>

Clase: 1 Reposo/sueño.

NOC	NIC
<p>Dominio: 1 Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.</p> <p>Clase: A Mantenimiento de la energía.</p> <p>Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p>	<p>Intervención:</p> <p>Mejorar el sueño.<sup>43</sup></p> <p>Definición: Facilitar ciclos regulares del sueño/vigilia.</p> <hr/> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño</li> </ul>

<sup>41</sup> NANDA I. Op. cit, p.228.  
<sup>43</sup> BURECHEK G. Op. cit. p.605.

<p>Resultados:</p> <p>Descanso</p> <p>Conservación de la energía</p> <p>Sueño<sup>42</sup></p> <p>Estado de comodidad entorno.</p> <p>Indicador:</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente</p> <p>3.- Moderadamente</p> <p>4.- Levemente</p> <p>5.- <b>No comprometido.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente</li> <li>• Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales</li> <li>• Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño</li> <li>• Instruir al paciente y los seres queridos acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, cambios frecuentes de turno de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario excesivamente largo y de mas factores ambientales) que contribuyan a transformar el esquema del sueño.</li> </ul>
<p>Evaluación: La señora Deysi logro conciliar el sueño mediante la proporción de un ambiente favorable quedando en una escala de 5.</p>	

<sup>42</sup> MOORHAD S. Op. cit. p.664.

### **3.8.-PLAN DE ALTA.**

Paciente adulta que cursó por parto pre término causado por Ruptura Prematura de Membranas.

Llevar tratamiento.

Medicamentos:

Cefalexina 500 mg v. o c/8 hrs x 7 días.

Metamizol 500 mg v. o c/8 hrs x 5 días.

Alimentación:

Dieta normal, para la lactancia materna, rica en calcio, proteínas, fibra, minerales, y vitaminas.

Leche, quesos.

Carne, pollo, pescado, hígado, huevo y viseras.

Verduras. Espinacas, zanahorias, brócoli, legumbres.

Fibras, trigo, avena.

Frutas, manzana, pera, kiwi, papaya y fruta de la temporada.

Cuando acudir a urgencias en caso de presentar:

- Sangrado abundante, superior a una menstruación normal.
- Loquios (flujo) maloliente y abundante.
- Mamas enrojecidas y con bultos dolorosos.
- Episodio de fiebre mayor de 38°.
- Si presenta secreción purulenta en el perineo (episiotomía).
- Si presenta dolor de cabeza, náuseas, visión borrosa.

Controles y revisiones a realizar:

Planificación Familiar.

Se brinda plática de planificación familiar y se oferta método.

## Lactancia Materna.

Se brinda platica de lactancia materna y se enseñan pasos para iniciar la lactancia.

- Lavarse las manos bien con agua y jabón.
- Hacer por unos minutos masaje en los senos.
- Colocar la mano en el seno en forma de C y ofrecerlo al bebé.

Enviar a medicina preventiva para inmunizaciones. (aplicación de vacunas, toma de tamizaje).

Control del niño sano.

Solicitar cita en pediatría en un mes.

Acudir a seguimiento de puerperio.

Solicitar cita en ginecología a los 7 días posteriores al parto.

#### **4.- CONCLUSIONES.**

La implantación de un plan de cuidados nos proporciona una aplicación sistemática de la atención de enfermería, necesaria para mejorar nuestras actuaciones y evaluar los resultados conseguidos.

Son pocos los profesionales de enfermería que utilizan el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta en la práctica profesional por que no cuentan con un Modelo de atención institucional como garantía de la calidad en salud. La vinculación de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Nos permiten homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica, garantizando la seguridad de las personas, familia y comunidad aplicando principios, fundamentos, habilidades y actitudes para promover la salud , por lo tanto enfermería es la ciencia del cuidado, basado en el diagnostico de las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad.

Cabe mencionar que el Proceso Atención de Enfermería es flexible y se adapta a los problemas de los cuales se pretende dar respuesta, está sujeto a variaciones o a una reestructuración cuando se aprecia que no ofrece una respuesta satisfactoria.

## **5.- SUGERENCIAS.**

Dentro del ámbito de los profesionales de enfermería y obstetricia queda mucho por hacer en el primer nivel de atención desde mi punto de vista.

Dentro de mis sugerencias es que debe existir una coordinación entre los tres niveles de atención y compartir la misma responsabilidad con la difusión de educación a la salud.

El proceso enfermero se sugiere sea un instrumento aplicativo para el área de enfermería en los tres niveles de atención, con el fin de prestar una mejor atención a la persona, familia y comunidad.

En el primer nivel aplicar el proceso enfermero para prevenir enfermedades detectar problemas de salud.

En el segundo nivel tener sistematizado el cuidado y en el tercer nivel enfocar los cuidados estandarizados.

## **6.-GLOSARIO.**

**ADAPTACION:** Proceso de modificación para afrontar cuadros nuevos, cambiantes o diferentes.

**AFRONTAMIENTO.** Comportamiento aprendido en respuesta al estrés, respuesta inmediata a una situación amenazadora.

**ANTIBIOTICO.** Sustancia natural o sintética que tiene la capacidad de inhibir el crecimiento o matar otros microorganismos.

**DIAGNOSTICO.** Proceso que resulta en el establecimiento de un diagnostico enfermero que proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería para el cliente.

**DIAGNOSTICO:** Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

**DIAGNOSTICO ENFERMERO:** Proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera es responsable.

**ENTORNO:** Ambiente social que rodea a una persona.

**EVALUACION:** Valoración que se hace de las aptitudes y méritos de una persona o de los conocimientos de un alumno.

**HIDRATACION:** Acto de combinar o ser combinado con agua.

**INFECCION.** Proceso patológico producido por microorganismos.

**LATENCIA.** Se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo.

**PROCESO DE ENFERMERIA:** Método sistemático racional de planificar y proporcionar cuidados de enfermería.

**RPM.** Se define como la ruptura de las membranas fetales que ocurre espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto.

**TEMPERATURA CORPORAL:** Equilibrio entre el calor producido en el organismo y el calor eliminado del cuerpo.

## 7.- BIBLIOGRAFÍAS.

ALFARO R. “*Aplicación del proceso enfermero*”, 4ta Edición. (España): Edit. Springer Verlag, Ibérica 1999.

BULECHEK G, BUTCHER H, MCCLOSKEY J. “*Clasificación de intervenciones de enfermería*”, 5ta Edición. (Madrid España): Edit. Mosby 2009.

WATSON J. *Teoría de Watson*. (Consulta el 4 de febrero de 2011). Disponible en: [www.slideshare.net/enfe.2005](http://www.slideshare.net/enfe.2005).

HENDERSON V. *Teoría de Henderson*. (Consulta el 18 de febrero de 2011). Disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm)

AHUED J R. *Ginecología Obstetricia Aplicadas*, 2ª edición. (Colombia Bogotá): Edit. Manual Moderno 2003.

KOZIER B. “*Enfermería fundamenta*”, vol. I y II, 4ta edición. (España): Edit. Mc. Graw Hill. Interamericana 1993.

MOORHEAD S y otros. “*clasificación de resultados de enfermería*” 4ta Edición. (Madrid España): Edit. Mosby 2009.

MONDRAGON H. “*Ginecoobstetricia de la niñez a la senectud*”. 2ª edición. (México): Edit. Trillas 2006.

NANDA I, “*Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones*”, 2007 – 2008. (Madrid España): Edit. Elsevier.

RODRIGUEZ B. "*Proceso Enfermero*". 2ª.edición. (Guadalajara Jalisco): Edit. Cuellar 2002.

ROSALES S. "*Fundamentos de Enfermería*". 3ra.Edición. (Colombia Bogotá) : Edit; El manual moderno 1996.

## **8.- ANEXOS.**

### **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.**

La fisiopatología de Ruptura Prematura de Membranas y la identificación de intervenciones oportunas ofrecen cada vez más oportunidades para reducir el riesgo de parto pretermino y las secuelas de la prematurez. Se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes de que se inicie el trabajo de parto. Las membranas normalmente se rompen de manera espontánea al final del primer periodo de trabajo de parto.

### **EPIDEMIOLOGIA.**

La incidencia de la RPM es de 5 a 15 % de todos los embarazos. Se presenta en 10 % de los embarazos de término y en 2 a 3.5 % de los embarazos pretérmino con RPM.

A pesar de la baja prevalencia en los embarazos menores de 37 SDG, 30 a 40 % de los neonatos nacidos prematuramente tienen como antecedente RPM. Haciendo de esta la principal causa identificable de parto pretermino.

La RPM es responsable de 20 % de la mortalidad perinatal, antes de las 32 SDG. Afortunadamente, el riesgo de muerte materna por esta patología ha disminuido de 0.2 %.

### **ETIOLOGIA.**

Diversos estudios epidemiológicos han identificado un sin número de factores asociados a un mayor riesgo de RPM, estas incluyen, infecciones del tracto genital materno, (vaginosis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea, corioamnionitis subclínica). Factores de comportamiento (tabaquismo, drogas, estado nutricional, coitos). Complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, sangrados uterinos, polihidramnios) cambios ambientales (presión barométrica).

Con las contracciones uterinas aumenta la presión intrauterina, ejerciéndose mayor presión sobre la zona debilitada y culminando con la RPM.

La fuerza e integridad de las membranas se mantienen por el equilibrio entre la síntesis y degradación de la colagena.

## FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo implicados en la RPM; pueden coexistir en la misma persona, solo 3 factores permanecieron significativos.

- Parto pretermino previo
- Sangrado transvaginal durante el embarazo
- Tabaquismo.

Las personas que acuden en trabajo de parto presentan mayor tasa de cultivos positivos y un inoculo mas grande que las personas con RPM. Sin trabajo de parto.

En cuanto a la evolución del embarazo en la persona con RPM se ha observado el periodo de latencia es más corto y hay mayor riesgo de desarrollar corioamnionitis, endometritis y sepsis neonatal.

## DIAGNOSTICO DE RPM

En todas las pacientes con historia sugestiva de RPM se debe realizar especuloscopia, en el cual se debe de encontrar al menos dos de los siguientes criterios.

- Salida de líquido amniótico.
- Prueba de cristalografía.
- Prueba de papel de nitrazina positiva.

## MANEJO DE RPM.

El objetivo del manejo de la persona con RPM es disminuir la morbilidad materna y perinatal secundaria principalmente a infección y prematuridad.

La evolución inicial de la paciente requiere confirmar el diagnostico, establecer la edad gestacional, peso y presentación del feto, buscar datos de infección, madurez pulmonar y establecer bienestar fetal.

El manejo conservador tiene como objetivo prolongar la gestación para inducir madurez pulmonar fetal y disminuir la morbilidad secundaria al síndrome de dificultad respiratoria.

- Al ingreso se solicita citología hemática.
- Se monitoriza diariamente la presencia de signos de infección
- PBF diario.
- Se induce madurez pulmonar con dexametasona.

#### MANEJO DE ANTIBIOTICO

Tomando en cuenta el papel que desempeña la infección en la fisiopatología de la RPM, es lógico pensar que el uso de antibióticos combate la infección, lejos de enmascararla.

Existen diversos estudios que proponen diferentes esquemas de antibióticos, como eritromicina, ampicilina, cefalosporinas en RPM enfocado especialmente a resultados neonatales.

#### INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

La atención del parto por vía vaginal estará justificado siempre y cuando se disponga de monitorización fetal intraparto, en su defecto los embarazos entre 27 a 33 SDG se interrumpen por vía cesarí, lo mismo sucederá con embarazos mayores de 34 SDG con cérvix desfavorable o mala respuesta a inductores de madurez cervical u oxitocina.

## HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

### NECESIDADES FUNDAMENTALES

#### 1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

FRECUENCIA RESPIRATORIA 88 X min. DISNEA no RINITIS no GRIPE no ASMA no  
TOS no ORTOPNEA no UNGUEAL CIANOSIS BUCAL no OTROS no

#### 2.- NECESIDADES NUTRICIONALES

PESO ANTES DEL EMBARAZO Kg. PESO ACTUAL 69,600 Kg. TALLA 1.52 cm  
HEMOGLOBINA 11.4 mg HEMATOCRITO 34.6mg COLESTEROL mg/dl TRIGLICERIDOS mg/dl

#### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL DIARIO si CARACTERISTICAS duras USO DE LAXANTES no  
ELIMINACIÓN VESICAL Si c/3hrs CARACTERISTICAS Amarillo claro

#### 4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO CARDIACO

FRECUENCIA CARDIACA 88 x min TENSIÓN ARTERIAL 120/70 mmHg  
ALTERACIONES CARDIACAS no PATOLOGIA CARDIACA no CARACTERISTICAS  
FRECUENCIA CARDIACA FETAL 120-140  
INTENSIDAD normal RITMO normal ALTERACIONES no  
MOTILIDAD FETAL ESPONTANEA si MOTILIDAD FETAL C/ ESTIMULO no HIPOMOTILIDAD no  
VALORACIÓN DE LA RESPUESTA FETAL REACTIVA x NO REACTIVA BRADICARDIA TAQUICARDIA

#### CEREBRAL

CEFALEA TEMBLORES DEPRESIÓN ANSIEDAD x INSOMNIO x  
NIVEL DE CONCIENCIA CONCIENTE x SEMICONSCIENTE INCONSCIENTE  
RESPUESTA PUPILAR NORMAL x MIDRIASIS MIOSIS ANISOCORIA  
APERTURA DE OJOS ESPONTANEA CON ESTIMULO  
RESPUESTA VERBAL CONGRUENTE VOLUNTARIA x INCONGRUENTE  
RESPUESTA MOTORA LIMITADA IMPOSIBILITADA CONVULSIONES

## PERIFERICO

PULSO RADIAL AUSENTE DEBIL NORMAL x FUERTE  
 COLOR DE LA PIEL PALIDEZ CIANOSIS ICTERICIA RUBOR CLOASMA x  
 LLENADO CAPILAR 2-3 seg. NORMAL x DISMINUIDO  
 CRECIMIENTO DE MAMAS TURGENTES x PEZON INVERTIDO PEZON PLANO PEZON NORMAL x  
 CRECIMIENTO UTERINO x ALTURA DE FONDO UTERINO 28 cm ACTITUD  
 PESO FETAL POR VALORACIÓN DE JHONSON TOSHACH 2500-3499 Gr. 2000-2499 gr. 3500-3999 gr.  
 MENOS 2000 4000 Y MAS  
 PRESENTACIÓN FETAL cefalico POSICIÓN FETAL SITUACIÓN FETAL  
 PRODUCTO UNICO x 2 O MÁS PRODUCTOS

## 5.- NECESIDAD DE DESCANSO

REPOSO HORAS RECUPERACION POST ANESTESICA HORAS

## 6.- NECESIDAD DE HIGIENE

BAÑO FRECUENCIA diario ASEO PARCIAL diario  
 CAMBIO DE ROPA TOTAL FRECUENCIA diario CAMBIO DE ROPA PARCIAL FRECUENCIA

## 7.- NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

TEMPERATURA CORPORAL 36 - 37 MENOS DE 36 MAYOR DE 37

## 8.- NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL

EPISIOTOMIAS si NÚMERO MOTIVO FECHA DE LA MÁS RECIENTE

OTRAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS (Describir: Tipo, Fecha y Motivo)

## 9.- NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

GRUPO SANGUÍNEO DEL PADRE FACTOR SANGUINEO DEL PADRE POSITIVO NEGATIVO

### PATOLOGIA

PATOLOGIA	CONTROLADA				DESCOMPENSADA				MEDICAMENTOS
	NO	x	SI		NO	x	SI		
DIABETES	NO		SI	<u>x</u>	CONTROLADA	DESCOMPENSADA	INSULINO DEPENDIENTE	HIPOGLUCEMIANTES	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	NO		SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS		
CARDIOPATIA	NO	x	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS		
NEFROPATIA	NO	x	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS		

EPILEPSIA	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS
ENFERMEDAD TIROIDEA		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
NEOPLASIAS	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS
RETRASDO MENTAL		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
ALTERACIONES DE SALUD MENTAL			NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
TOXOPLASMOSIS	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS
SIFILIS	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS
RUBEOLA	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS
CITOMEGALOVIRUS		NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA MEDICAMENTOS
HERPES	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS
SIDA	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS
CERVICO VAGINITIS	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		LEUCORREA	ARDOR VAGINAL	COMEZÓN

### ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTAS	<u>4</u>	PARTOS	<u>3</u>	CESAREAS	<u>0</u>	ABORTOS	<u>0</u>	NACIDOS MUERTOS	<u>0</u>
FECHA DE ULTIMA GESTA		HIJO MALFORMADO		HIJO DE 400 G Y MÁS		CONSANGUINIDAD			

### EMBARAZO ACTUAL

HIPERTENSION DEL EMBARAZO	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CONTROLADA	DESCOMPENSADA	MEDICAMENTOS	
REFIERE LOS SIGUIENTES SINTOMAS	ACUFENOS	<u>NO</u>	FOSFENOS	<u>NO</u>	CEFALEA	<u>NO</u>	AMAUROSIS	<u>NO</u>
EDEMA	PRETIBIAL	<u>NO</u>	MALEOLAR	<u>NO</u>	MANOS	<u>NO</u>	GENERALIZADA	<u>NO</u>
SIGNO DE GIORDIANO		SIGNO DE GODETE		ANASARCA				
AMENAZA DE ABORTO	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CAUSA	ACTIVO	SEMANAS DE GESTACIÓN	
AMENAZA DE PARTO INMADURO	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CAUSA	ACTIVO	SEMANAS DE GESTACIÓN	
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	NO		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	CASUSA	ACTIVO	SEMANAS DE GESTACION	
HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CAUSA	ACTIVO	SEMANAS DE GESTACIÓN	
RUPTURA DE MEMBRANAS	NO		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	CAUSA	ACTIVO	SEMANAS DE GESTACIÓN <u>35</u>	
CUADRO INFECCIOSO	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		CAUSA	ACTIVO	SEMANAS DE GESTACIÓN	
CONTROL PRENATAL	Nº. DE CONSULTAS	<u>5</u>	LUGAR	<u>C.S. JOJUTLA</u>	PERIODICIDAD	<u>c/mes</u>		

### AFRONTAMIENTO

APOYO DE QUIEN LO RECIBE	<u>PADRES</u>	<u>PAREJA</u>	<u>HIJOS</u>	FAMILIAR	OTROS
--------------------------	---------------	---------------	--------------	----------	-------

### AUTOESTIMA

CONCEPTO DE UNO MISMO COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL BUENO MALO GRAVE

### ADAPTACIÓN

LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR SU ESTADO ACTUAL LE AFECTAN EN LA FORMA EN QUE SIENTE, PIENSA O VE A SI MISMO

NO		SI	x
----	--	----	---

 LO ANTERIOR LE PRODUCE ALEGRIA INDIFERENCIA DESESPERANZA  
SIGNOS DE DUELO: LLANTO DESESPERACIÓN ENOJO

### 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

1.- FUNCIÓN VERBAL NORMAL x CON DIFICULTAD INCAPAZ  
FUNCIÓN VERBAL CAPAZ INCAPAZ

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

ALGUNA VEZ PENSO EN EL ABORTO 

NO		SI	
----	--	----	--

 QUE LE HIZO CAMBIAR DE OPINION

ACEPTA LA LACTANCIA MATERNA NO SI

DESPUES DE ESTE EMBARAZO CUAL MÉTODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD ELIGIRA (especifique)

### EMOCIONAL

#### PARA DUELO ANTE UNA PERDIDA REAL, LA PACIENTE EXPRESA:

TRISTEZA DEPRESIÓN TEMOR NEGACIÓN CULPA

ANTE LA POSIBLE PERDIDA DE UN ORGANO, FUNCIÓN O PERSONA (DUELO PREVISTO O ANTICIPADO), LA PACIENTE EXPRESA

AFLICCIÓN CULPABILIDAD ENOJO TRISTEZA

EXPRESIÓN FACIAL Y POSTURA QUE CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DEL TEMOR FALTA DE CONCENTRACIÓN

INFORMACIÓN VERBAL DE LA ANGUSTIA x DIAFORESIS DISNEA IRRITABILIDAD ANOREXIA

### 12.- NECESIDAD DE REALIZACIÓN

#### PATRON DE SEXUALIDAD

RESPUESTA DE SU PAREJA SOBRE SU ESTADO ACTUAL RECHAZO ACEPTACIÓN x INDIFERENCIA

RESPUESTA HACIA LA PAREJA: IGNORA ENFADO INDIFERENCIA RECHAZO

BUSCA CONTACTO FÍSICO CON EL PADRE SI NO

PRESENTA CONTACTO OCULAR POSITIVO HACIA EL PADRE NO SI

**13.- NECESIDAD DE RECREACIÓN:**

ACTIVIDAD DE ENTRETENIMIENTO

**14.- NECESIDAD DE APREDIZAJE**

**CONOCIMIENTOS ACTUALES DE SALUD**

DE QUIEN A RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO ACTUAL    MEDICO        ENFERMERA        PARTERA

FAMILIARES        AMISTADES    OTROS:    \_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN QUE A RECIBIDO HA SIDO:    CLARA        COMPLETA    CONFUSA    INCOMPLETA

EN QUE ASPECTOS REQUIERE MÁS INFORMACIÓN    ALIMENTACIÓN    \_\_\_\_\_    EJERCICIO    \_\_\_\_\_    LACTANCIA   

HIGIENE        SEXUALIDAD    CUIDADOS AL RECIEN NACIDO        EN IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA   

CEFALEA    \_\_\_\_\_    EDEMA    \_\_\_\_\_    ACUFENOS    FOSFENOS    \_\_\_\_\_    SANGRADO TRANSVAGINAL    \_\_\_\_\_

RUPTURA DE MEMBRANAS    \_\_\_\_\_        FALTA DE MOTILIDAD FETAL    \_\_\_\_\_        INICIO DE TRABAJO DE PARTO    \_\_\_\_\_   

SI HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PARTO PSICOPROFILACTICO, SEÑALE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN    \_\_\_\_\_

RESPIRATORIA    \_\_\_\_\_        PARA AUMENTAR TOLERANCIA AL DOLOR    \_\_\_\_\_   

**DISPONIBILIDAD**

SIESTA PROGRAMADA PARA CIRUGÍA:    COMPRENDIO LA INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE INTERVENCIÓN    

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

DEMUESTRA DISPONIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN:    CUIDADO DE LOS HIJOS        DEAMBULACIÓN TEMPRANA

LACTANCIA MATERNA        EDUCACIÓN    ALOJAMIENTO CONJUNTO    \_\_\_\_\_        TRATAMIENTO MÉDICO    \_\_\_\_\_   

METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR    \_\_\_\_\_        NIVEL DE PREPARACIÓN ACADÉMICA    SECUNDARIA    \_\_\_\_\_   

CURSO PSICOPROFILAXIS    NO        \_\_\_\_\_    SI    \_\_\_\_\_

**ORIENTA**

TIEMPO (SABE QUE FECHA ES HOY)    

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

    LUGAR (SABE EN DONDE SE ENCUENTRA)    

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

PERSONA (MENCIONE SU NOMBRE COMPLETO)    \_\_\_\_\_

**MEMORIA**

INTACTA        SOLO RECIENTE    SOLO RETROGRADA

## VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS.

<b>NECESIDAD</b>	<b>MANIFESTACION</b>
1.- Oxigenación.	
2.- Nutrición e hidratación.	
3.- Eliminación.	
4.- Movimiento y mantener buena postura	
5.- Descanso y sueño.	
6.- Utilizar prendas de vestir.	
7.- Termorregulación.	
8.- Higiene y protección de la piel.	

9.- Evitar peligros.	
10.- Comunicación.	
11.- Vivir según sus creencias y valores.	.
12.- Trabajar y realizarse.	.
13.- Participar en actividades Recreativas.	.
14.- Aprendizaje.	

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNOSTICO.</b>
1.- Oxigenación.	
2., Nutrición e hidratación.	
3.- Eliminación.	
4.- Movimiento y mantener buena postura	
5.- Descanso y sueño.	
6.- Utilizar prendas de vestir.	.
7.- Termorregulación.	
8.- Higiene y protección de la piel.	
9.- Evitar peligros.	
10.- Comunicación.	
11.- Vivir según sus creencias y valores.	.

12.- Trabajar y realizarse.	
13.- Participar en actividades Recreativas.	
14.- Aprendizaje.	.

## PLANEACION.

Jerarquización de necesidades y establecimiento de resultados esperados.

NECESIDADES JERARQUIZADAS.	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.	RESULTADOS ESPERADOS.
9 Evitar peligro.		
7 Termorregulación.		
2 Hidratación.		
3 Eliminación.		
14 Eliminación		.

4 Movimiento.	.	
10 Comunicación.		
5 Descanso y sueño.		

## ANALISIS DE LAS NECESIDADES BASICAS

\*Fuerza \*\*Voluntad \*\*\*Conocimiento

NECESIDAD				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***

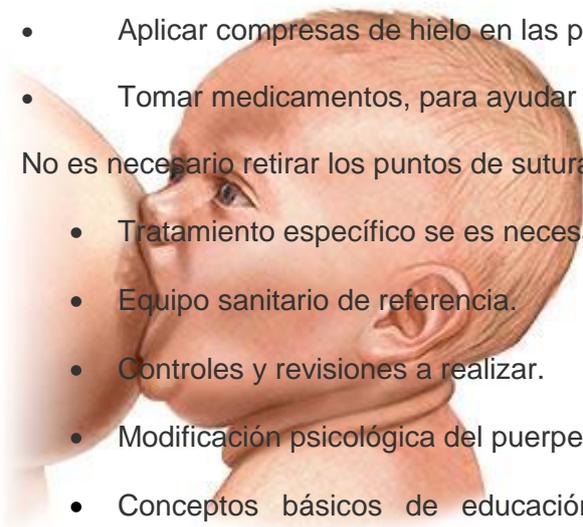
## PLAN DE ALTA

**Para ayudar a aliviar su dolor y molestia usted debe:**

- Tomar un baño caliente, pero no antes de las 24 horas posteriores al parto.
- Aplicar compresas de hielo en las primeras 24 horas para disminuir las hinchazones.
- Tomar medicamentos, para ayudar a aliviar el dolor

No es necesario retirar los puntos de sutura porque su cuerpo los reabsorbe

- Tratamiento específico se es necesario.
- Equipo sanitario de referencia.
- Controles y revisiones a realizar.
- Modificación psicológica del puerperio.
- Conceptos básicos de educación: Higiene general., alimentación, vestimenta, ejercicio. sexualidad, planificación familiar, lactancia y cuidados del recién nacido.



¿QUE ES EL PUERPERIO?

### PUERPERIO FISIOLÓGICO

Periodo comprendido entre el final del parto y la total involución de los órganos genitales y sus funciones. Dura aproximadamente 42 días (6 semanas).



#### **CLASIFICACIÓN:**

1. Puerperio inmediato. comprende las primeras 24 horas
2. Puerperio mediato. desde el anterior hasta 7 días
3. Puerperio tardío 8vo. día hasta el final del periodo (42 días)

## **CAMBIOS FISIOLÓGICO DE LA MUJER**

- Cambios del Útero. (GRANDE)

Miometrio.

- Endometrio.
- Cuello uterino.
- Cambios en vagina y vulva.
- Loquios.
- Mamas.

## **COMPLICACIONES**

Después del parto pueden aparecer algunos síntomas o signos anormales.

1. Fiebre.
2. Hemorragia.
3. Dolores en la parte baja del abdomen.
4. Endurecimiento de una o de las dos mamas.
5. Dolor en las pantorrillas.
6. Trastornos en el sueño y cambios de humor.
7. Ardor al orinar.
8. Sangrado con mal olor y abundante.
9. Grietas en los pezones.

## EPISIOTOMIA

Es un procedimiento que agranda la abertura de la vagina durante el parto, a través de una incisión en el perineo, la piel y músculos que se encuentran entre la vulva y ano.

### ¿Cuáles son los riesgos?:

Se pueden presentar varias complicaciones como:

- Desgarros grandes. Después de una episiotomía
- Pérdida de sangre. Una episiotomía corta todas las capas de tejido y músculo y puede producir sangrado excesivo.
- Infección. La incisión y suturas están propensas a infecciones bacterianas.
- Relaciones sexuales dolorosas.

