



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN UNA
PACIENTE EMBARAZADA CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
POR RIESGO DE INFECCIÓN BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

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

PRESENTA:

NORMA OCAMPO MONTES DE OCA

NO. DE CUENTA 407119697

DIRECTORA ACADÉMICA:

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO 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

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS.

General	1
Específicos	1

CAPITULO I

METODOLOGÍA	2
-------------	---

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 Definición de enfermería	4
2.2 Generalidades de la teoría del cuidado	4
2.3 Proceso atención enfermería	5
2.3.1 Concepto del Proceso Atención de Enfermería	8
2.3.2 Generalidades del proceso atención de enfermería	9
2.3.3 Etapas del proceso atención de enfermería	10
Etapa de Valoración	10
Etapa de Diagnósticos de enfermería	11
Etapa de Planeación	16
Etapa de Ejecución	19
Etapa de Evaluación	22
2.4 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson	23
2.4.1. Antecedentes.	23
2.4.2. Necesidades Básicas.	24
2.4.3. Definición de los Conceptos Básicos de Virginia Henderson.	26
2.4.4 Afirmaciones Teóricas de Virginia Henderson.	27

CAPÍTULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

3.1. Presentación del Caso	28
3.2. Valoración con el Modelo de Virginia Henderson	28
3.3. Valoración de las necesidades humanas alteradas	32
3.4. Análisis del Modelo de Virginia Henderson.	33
3.5 Diagnósticos de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación	41
3.6 Plan de alta	64
CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS	67
GLOSARIO	68
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	
Anexo I Evaluación del riesgo reproductivo, embarazo y perinatal	71
Anexo II Amenaza de parto pre término	76
Anexo III Infección de las vías urinarias	82

INTRODUCCION

El proceso de enfermería es un instrumento metodológico para sistematizar la prestación de cuidados centrada en cada individuo, familia o comunidad que asegure la calidad y proporciona la base para la práctica profesional de enfermería y el medio para hacer investigación en enfermería. Este método ofrece ventajas para el profesional que presenta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de intervención de enfermería

En la aplicación de este Proceso Atención de Enfermería se aplicó la Teoría de Virginia Henderson., valorando las 14 necesidades básicas de la persona que fue atendido en el Hospital de la Mujer que se encuentra ubicado en el municipio de Yautepec Morelos.

Las infecciones de las vías urinarias recurrentes son las alteraciones más frecuentes en la amenaza de parto pre término en las mujeres embarazadas por las modificaciones anatómicas en el crecimiento del útero y el acortamiento de la uretra, aunado a deficientes hábitos higiénicos.

La justificación del trabajo menciona, la importancia del Proceso de Atención de Enfermería, posteriormente se expresa el objetivo general y se enumeran los objetivos específicos.

El trabajo está conformado por tres capítulos:

En el primer capítulo se aborda la Metodología que explica cada una de las etapas que se siguieron para llevarlo a cabo.

El segundo capítulo hace referencia del marco teórico se abordan las etapas que conforman el Proceso Atención de Enfermería y los conceptos básicos del Modelo de Enfermería de Virginia Henderson.

En el siguiente capítulo se llevó a cabo la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una mujer embarazada de 22 años con amenaza de parto pre término la valoración de Enfermería en la embarazada, se presenta con base en un instrumento guía de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson.

Para la elaboración de los diagnósticos de Enfermería se utilizaron las definiciones y clasificaciones emitidas por la NANDA correspondiente al año 2009 – 2011. Se realiza la priorización de los diagnósticos detectados y en base a estos se realizó la planificación con la Taxonomía NOC (resultado esperado), la ejecución con NIC (intervenciones), y la evaluación.

Después se mencionan las conclusiones, las sugerencias en el Plan de alta para esta paciente, el glosario, la bibliografía consultada se incluye un apartado de anexos.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de detectar las necesidades básicas de la madre y del feto. Brindando cuidados específicos, al mismo tiempo jerarquizando cada una de ellas, detectando los problemas en cada etapa de las necesidades, al mismo tiempo la aplicación de las acciones de enfermería específicas, para que el embarazo llegue a término sin ninguna complicación.

Las causas más frecuentes de amenaza de parto pre término son las infecciones de vías urinarias, porque la modificación anatómica durante el embarazo deja a la uretra más expuesta a los microorganismos oportunistas, como, Echerichia E.coli, Klebsiella y Proteus. Ya que las madres no llevan un control prenatal adecuado y desconocen las alteraciones que pudiera poner en riesgo la vida del binomio.

La problemática entre amenaza de parto pre término, infección de vías urinarias y bajo peso al nacer representa una morbilidad con reportes en la última década de un 27% de los partos prematuros. En las mujeres embarazadas las infecciones urinarias ocupan el 2º lugar en frecuencia. Entre el 10% y 20% de las mujeres tendrán un episodio de infección urinaria en su vida¹.

Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia tienen el deber de orientar e implementar programas y propuestas de prevención para disminuir el índice de embarazos pre término.

¹ García G. M. F. *Infección urinaria en el embarazo tratamientos acortados*. Fronteras en Obstetricia y Ginecología. Dic 2002 pág.33. consultado el 2 de febrero del 2011

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de atención de enfermería en una mujer embarazada con amenaza de parto pre término de acuerdo con el Modelo de Virginia Henderson y el rol que cumple el Licenciado en enfermería y obstetricia. Para llevar el embarazo a término con un hijo sano

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar oportunamente las necesidades, y factores de riesgo en la mujer con amenaza de parto pre terminó, así como las alteraciones del feto. 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 que se aplicaron durante del embarazo en función de los resultados esperados, a través de la aplicación de las intervenciones del plan de cuidados para disminuir riesgos en la madre y el feto.

Proporcionar plan de alta para seguimiento del embarazo, orientación para su auto cuidado con la finalidad de evitar complicaciones y lograr un nacimiento exitoso.

CAPITULO I

METODOLOGÍA

Este proceso de Atención de Enfermería (PAE) se llevó a cabo en el Hospital de la Mujer que se encuentra ubicado en el municipio de Yautepec Morelos.

Durante el periodo de prácticas de Obstetricia II que abarco de enero a marzo del 2010.

Me intereso el caso de la paciente L. J. Ma. Teresa, que acudió al servicio de urgencias, Posteriormente se entrevistó a la paciente y se le pidió su consentimiento para realizar el Proceso de Enfermería, se le dio seguimiento en el servicio de hospitalización y posteriormente a su egreso se programaron visitas domiciliarias, para orientarla y ayudarla a resolver las dudas que pudiera tener con respecto a su embarazo y así ella pueda llegar con su embarazo a término sin ninguna complicación.

Valoración:

En esta etapa se llevaron a cabo varias actividades:

La valoración inicial se llevó a cabo en modulo mater del Hospital de la Mujer en Yautepec Morelos, se utilizó un instrumento basado en el modelo de Virginia Henderson con las catorce necesidades para el interrogatorio de la paciente y la revisión de expediente clínico, exámenes de laboratorio y gabinete. Se realizó una minuciosa observación e inspección de la paciente, así como el seguimiento periódico a través de cuatro entrevistas domiciliarias programadas. Los resultados de la valoración fueron analizados, registrados y organizados para establecer los diagnósticos de enfermería.

Diagnóstico:

Los diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar de enfermería se desarrollaron utilizando como recurso bibliográfico. La North American Nursing Diagnoses Asociación taxonomía (NANDA).

Planeación

En la tercera etapa se desarrolló el plan de cuidados o tratamiento enfermero conjuntamente con la paciente y su familia para la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas sociales y espirituales, por medio de la taxonomía de la clasificación de resultados (NOC).

Ejecución

En la aplicación del plan de cuidados de enfermería para obtener resultados concretos conto con la colaboración de la paciente, se enfocó en la ejecución de intervenciones de enfermería así como las actividades de la taxonomía de la Clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC) para la solución de problemas de la persona y se registran en formatos correspondientes del expediente clínico.

Evaluación y/o resultados

En la etapa de evaluación se verificaron y midieron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa, se corroboraron los beneficios de la paciente y su familia.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo, sano o enfermo a realizar las actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila. Actividades hasta que el paciente realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, para realizarlas con el objeto de conseguir su independencia lo más rápidamente posible¹.

2.2. Generalidades de la Teoría Del Cuidado

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos predictivos y explicativos. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva. Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación.

La teoría debe ser utilizada por la enfermera para adquirir conocimientos que permitan perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Las enfermeras han mejorado su capacitación a través del conocimiento teórico, ya que con los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito para mejorar la práctica.

Los paradigmas son de contenido abstracto y de ámbito general, intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (por ej. La teoría general de Enfermería)

Los elementos más importantes de su teoría son:

¹Kozier, B. *Fundamentos de Enfermería* 2005, séptima edición Madrid: Mc. Graw – Hill interamericana p. 3

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

Introduce y/o desarrolla el criterio de la independencia del paciente en la valoración de la salud.

2.3. Proceso Atención Enfermería

El proceso Atención Enfermería es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistematizado porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante los cuales el profesional lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses e ideales de la persona, la familia o la comunidad.

El proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana, es decir, como responde la persona a los problemas médicos, los tratamientos y los cambios en las actividades de la vida diaria.

Objetivos:

Construir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, familia y comunidad. Favorecer una interacción entre el paciente y la enfermera. Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo favoreciendo la satisfacción del paciente (Alfaro, 2005).

Características:

- ❖ Ser flexible y adaptarse a los distintos entornos y circunstancias identificando los nuevos conocimientos, habilidades y perspectivas necesarias para ejercer de forma eficiente.
- ❖ Pensar de manera crítica y creativa, respondiendo a la complejidad clínica y resolución de problemas.
- ❖ Tomar decisiones independientes y compartidas, considerando los costos e implicando activamente al usuario y a su familia.
- ❖ Colaborar con otros profesionales, colegas, usuarios, familias y otros trabajadores de la salud, cultivando la comunicación interpersonal y las habilidades de reflexión grupal.
- ❖ Pensar holísticamente, contemplando a la persona como un todo, considerando tanto el proceso de la enfermedad como el impacto de esta y de los problemas asociados a ella en el estilo de vida individual.
- ❖ Promover el bienestar mediante la educación, la reducción de los factores de riesgo y el control de los síntomas y de los factores causales.
- ❖ Dar respuesta a las distintas necesidades y valores de los diversos grupos comunitarios.
- ❖ Liderar, supervisar, escuchar y comprender las necesidades de los seguidores.²

Ventajas:

El proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad. El paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción en el ejercicio de su profesión.

²*Ibidem* p. 11

Otras ventajas del proceso enfermero son:

Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones.

Dejar un rastro de papel que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería mejorando la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.

Evitar que se pierda de vista el factor humano

Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente

Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).

Ayuda a que los pacientes y sus familias se den cuenta de que su aportación es importante.

Que los profesionales de enfermería tengan la satisfacción de obtener resultados de mejoría por sus cuidados.

Características:

Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo

Sistemático: Parte de un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos.

Dinámico: Responde a un cambio continuo.

Interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que establecen entre enfermería con el paciente, familia y los demás profesionales de salud.

Flexible: Se puede adaptar el ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencia y humanidad.³

2.3.1 Concepto del Proceso Atención Enfermería

El Proceso Atención Enfermería PAE ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA lo utilizó como directriz para el desarrollo de la práctica de enfermería.

El PAE se ha incorporado en el marco conceptual de los planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería: Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del Proceso de Enfermera.

Existen en la actualidad diferentes definiciones del Proceso de Enfermería: Alfaro lo define como un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial. Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la enfermera en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

Otros lo definen como “El pensar de Enfermería” es importante conocer los fines para entender que el Proceso de Enfermería es una metodología que permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos teniendo en cuenta las capacidades propias de cada individuo entre las cuales están el manejo de las relaciones interpersonales y la capacidad de análisis entre otros, con el fin de orientarlos hacia actividades que satisfagan las necesidades del usuario y su familia.

³ *Ibidem* p. 16

El Proceso Atención Enfermería es el conjunto de una serie de pasos que intenta lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería, el Proceso de Enfermera tiene una serie de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería. Este propósito es conservar el estado óptimo de salud de la persona, familia y comunidad en caso de cambiar este estado proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar su salud. ⁴

2.3.2 Generalidades del Proceso Atención Enfermería

El PAE es una herramienta para los cuidados de calidad, como debe organizarse los cuidados enfermeros. En 1968 el Congreso de Enfermería define a enfermería como ayuda programada que se presta al individuo, familia o comunidad cuando estos por una razón no pueden satisfacer sus necesidades básicas, hoy en día ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La ANA lo incorporo en el código de ética y estándares para la práctica de enfermería, ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. El Proceso Atención Enfermería es un método mediante el cual se aplica el método de resolución de problemas a la práctica de enfermera, también es una forma sistematizada y dinámica de brindar cuidados de enfermería. El sistema de la práctica de enfermería es el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Los objetivos del Proceso de enfermería son:

- Establecer una base de datos sobre el paciente
- Identificar las necesidades del cuidado

⁴ *Proceso de enfermería* (consultado el día 20 de febrero del 2011) disponible en www.enfermerasfundamental.com

- Determinar las prioridades de los cuidados, los objetivos y los resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidado y poner en práctica las actuaciones de enfermería.
- Determinar la eficacia de los cuidados.

Las prioridades del PAE: va dirigido a un objetivo utiliza el Proceso para dar una atención de calidad, el enfoque organizado de cinco etapas en las que se llevan a cabo una serie de acciones liberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados, está sometido a cambios continuos la respuesta del paciente son cambiantes durante su evolución, considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario debemos considerar la mente el cuerpo y el espíritu. ⁵

2.3.3 Etapas del Proceso Atención Enfermería

Etapas de valoración

Proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diferentes fuentes, está incluido al paciente como fuente primaria, expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente (lo que es necesario para realizar el diagnóstico de enfermería).

Existen dos formas de obtener información en enfermería (Alfaro, 1988) son:

⁵*Proceso de enfermería* (consultado el día 20 de febrero del 2011) disponible en www.enfermerasfundamentalproceso.deenfermeria.com

Valoración de datos fundamentales: Recolección de datos de las personas y sus procesos vitales (Carpenito, 1987) psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de la interacción con el medio.

Valoración de datos específicos (Aspinal MJ y Tanner C 1985): Se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto ya identificado.

Métodos para obtener datos:

Los métodos de recolección de información suponen, en enfermería una forma sistemática y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son:

- La entrevista.
- La observación
- Examen físico.
- La entrevista tiene cuatro finalidades que son:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.

Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Etapa de Diagnóstico de Enfermería

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. En esta etapa se analizan los datos e identifican problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

Componentes de un Diagnóstico.

Etiqueta: proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de clases relacionadas. Puede, incluir calificativos (angustia, agudo, alterado, crónico, deficiente, disfuncional, potencial de mejora, etc.)

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

Características definitorias: claves inferencias, observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero (a).

Aparecen en los diagnósticos reales o de salud.

Factores relacionados: condiciones y/o circunstancias que contribuyen al desarrollo/mantenimiento de un diagnóstico enfermero.

Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.⁶

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales: razonamiento diagnóstico, realizar la valoración, validación y Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

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

⁶ Diagnósticos de Enfermería, Evolución de los Diagnósticos de Enfermería
www.laenfermeria.es/apuntes/otros/...enfermería/diagnostico_enfermeria.doc

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.

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.⁷

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.

⁷ KOZIER B. Op. Cit. pp. 51-62.

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.

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.

Bienestar.

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 manifiesta su disposición para mejorar conductas de salud específicas. 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 del 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 y 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.⁸

⁸ NANDA I, *Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación*, 2007-2008. (Madrid España): Edit. Elsevier. pp. 344-345.

Etapa de Planeacion.

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

Los pasos de la planeación son:

1.- Establecer prioridades con el empleo del pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo con 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 hospitalizada 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 evaluar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados.

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 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 (diagnóstico 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.

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) presenta terminología, indicadores y las medidas estandarizadas para los resultados obtenidos de los pacientes que resultan de las intervenciones que se han aplicado. La NOC es una sigla definida como "estado del paciente después de una intervención de enfermería." La traducción de la sigla es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos, por lo que pueden medir estado del paciente con varios acontecimientos de la salud.

La estructura taxonómica CRE permite identificar con más facilidad los resultados en la primera clase, se agruparon 175 resultados de esta forma se aplicó el análisis de agrupamiento jerárquico para combinar los resultados de la clasificación. Este proceso CRE, establece 24 clases. Las clases creadas mediante este proceso son: Mantenimiento de la Energía, Crecimiento y Desarrollo, Movilidad, Auto cuidado, Cardiopulmonar, Eliminación, Líquidos y Electrolitos, Respuesta Inmune, Regulación Metabólica, Neuro cognitiva, Nutrición, Integridad Tisular, Bienestar Psicológico, Adaptación Psicológica, Autocontrol, Interacción Social, Conducta de Salud, Creencias sobre la Salud, Conocimientos sobre Salud, Control del Riesgo y Seguridad, Salud y Calidad de Vida, Sintomatología, Estado del Cuidador Familiar y Resolución del Maltrato. En la segunda fase, estas clases se clasificaron para crear el nivel superior de la taxonomía. Los resultados de este proceso identificaron 6 dominios: Salud

Funcional, Salud Psicológica, Salud Fisiológica, Conocimiento y Conducta en Salud, Salud Percibida y Salud Familiar⁹.

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

⁹ RESULTADO DE ENFERMERIA (NOC) Aplicado a los cuidados críticos.
www.eccpn.aibarra.org/temario/.../capitulo 24.htm.

codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado y las escalas van codificadas con letra.¹⁰

Etapas 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 resultados esperados.

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.
- 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

¹⁰ MOORHEAD, S, et.al. *Clasificación de resultados de enfermería* .4ta edición. (Madrid España): Edit. Mosby, 2009. p. 134.

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.¹¹

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 Docheterman) y Gloria Bulechek en la University of Iowa. El equipo desarrolló la clasificación de intervenciones que realizan las enfermeras (NIC) una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las

¹¹ IYER, P W. *Op. Cit.* p. 89.

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.) . 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 está 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.¹²

¹² BULECHEK G. BUTCHER H. MCCLOSKEY J. *Clasificaciones de intervenciones de enfermería* 5ta edición. (Madrid España): Edit. Mosby 2009 . p. 3.

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 consta de dos partes:

Recolección de datos sobre el estado de salud/ problema/ diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados¹³.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continúa, ya 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

¹³*Ibidem* 80-81

realización de sus metas en forma conjunta, identificando obstáculos y estrategias.¹⁴

2.4. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

2.4.1 Antecedentes

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente con una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. A lo largo de su carrera declaró que su preocupación por los pacientes era el elemento esencial del servicio de enfermería y planeo cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería repitió también las necesidades de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que su estado como su objeto final cambian permanentemente.

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

¹⁴ KOZIER B. Op. cit, p. 93.

2.4.2. Necesidades Básicas:

Virginia Henderson Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “Los cuidados Enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las siete necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto – actualización.

Henderson utilizo el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de los principios psicológicos y fisiológicos.¹⁵

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1º Respiración con normalidad.
- 2º Comer y beber adecuadamente
- 3º Eliminar los desechos del organismo.
- 4º Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- 5º Descansar y dormir
- 6º Seleccionar vestimenta adecuada
- 7º Mantener la temperatura corporal
- 8º Mantener la higiene corporal
- 9º Evitar los peligros del entorno

¹⁵ Henderson, V, A an overview of Nursing Research, octubre pp. 10,11, 16. (Consultado el día 28 febrero 2011) disponible en www.Aibarra.org

10º Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º Ejercer culto a dios, acorde con la religión.

12º Trabajar de forma que permita sentirse realizado

13º Participar en todas las formas de recreación y ocio

14º Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

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

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas, pero cuando algo de esto falta o falla en la persona una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimiento.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

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

Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: Estados patológicos.

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

Describe la relación enfermera paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando hacia la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

2.4.3. Definición de los Conceptos Básicos de Virginia Henderson.

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/ física y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así como las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considerando la salud en términos de habilidades del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería.

2.4.4. Afirmaciones Teóricas:

Relación Enfermera – Paciente

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

La Enfermera como sustituta del paciente: Esta se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La Enfermera como auxiliar del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La Enfermera como compañera del paciente: La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

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

Relación Enfermera equipo de salud: Todos colaboran para completar el programa de cuidado al paciente.¹⁶

¹⁶ Henderson, V.A. *The concepts of nursing journal of advanced* marzo pp. 25 -30

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

3.1. Presentación del caso clínico

Se trata de Ma. Teresa L.J. de 22 años de edad, estado civil casada, escolaridad estudiante de segundo semestre de carrera técnica de Enfermería, religión católica, nivel socio económico medio, originaria de Yautepec Morelos, con 22 semanas de gestación. Antecedentes ginecológicos y obstétricos: gesta 1 para 0, abortos 0 fecha de la última menstruación 28 de agosto, que acude a urgencias modulo mater del Hospital de la mujer de Yautepec Morelos por presentar dolor tipo cólico por contracciones uterinas.

Exploración física: consciente, tranquila, orientada, con buena coloración de tegumentos, abdomen globoso a expensa de útero grávido de FU 22 cm Al tacto se encuentra cérvix formado, cerrado, con producto libre, con pelvis ginecoide. No se detecta pérdida transvaginal.

3.2. Valoración De Enfermería con el Modelo de Virginia Henderson

1.- Necesidad de Oxigenación:

Datos Objetivos:

A la exploración se encuentra con los siguientes signos vitales.

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto

Frecuencia cardiaco 80 latidos por minuto

Presión arterial: 90/60 mmHg

Datos subjetivos No refiere alteración

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Datos Objetivos:

Su peso antes del embarazo era de 48 Kg. Talla de 1.53 cm. Con peso actual de 51 kg. Hemoglobina de 10.5.

Datos subjetivos:

Refiere ingesta de carne 3 veces a la semana, huevo 3 veces a la semana, leche 2 a 4 días a la semana, vegetales dos veces a la semana, fruta eventualmente y frijoles, ingiere en regular cantidad de agua y en ocasiones refresco y jugos.

3.-Necesidad de Eliminación.

Datos objetivos:

En los resultados de laboratorio el examen general de orina se observa leucocitosis +++, PH de 8. , signo de gordiano positivo.

Datos subjetivos:

Refiere orina con ardor, disuria y retención urinaria, polaquiuria, disuria evacua solo una vez, estreñimiento por falta de actividad.

4.- Necesidad de Movimiento.

Datos objetivos:

Sin dificultad de movimiento.

Datos subjetivos:

Refiere que realiza sus actividades sin complicaciones.

5.- Necesidad de Descanso y Sueño.

Datos objetivos:

Se observan ojeras y en ocasiones bostezos y presta atención durante la entrevista.

Datos subjetivos

Refiere que desde el principio del embarazo no duerme bien por la noche al principio por presentar náuseas y por estrés.

6.- Necesidad de Higiene usar Prendas de Vestir Adecuadas.

Datos objetivos: No tiene

Datos subjetivos:

Aspecto limpio y agradable.

7.- Necesidades de Termorregulación.

Datos objetivos:

La paciente presenta Temperatura 38.5°C.

Datos subjetivos:

Refiere Escalofríos.

8.- Necesidad de Cuidado de La Piel.

Datos objetivos:

Se observan mucosas orales secas, piel lubricada uñas cortas y limpias, cabello limpio y peinado, cuidado de pies limpios y uñas cortas.

Datos subjetivos:

Refiere lavarse las manos cada vez que ella considera necesario.

9.- Necesidad de Evitar Riesgos y Peligros.

Datos objetivos:

Refiere no tener suficiente información sobre su padecimiento. nauseosa

Datos subjetivos:

Su situación actual lleva su control Prenatal en el Hospital de la Mujer.

10.- Necesidad de Comunicarse.

Datos objetivos:

No tiene problemas con la comunicación.

Datos subjetivos:

Ella vive con su esposo, ellos esperan a su hijo con gran ilusión ya que es el primero.

11.- Necesidad de Actuar de Acuerdo a Sus Creencias y Valores.

Datos objetivos: No tiene

Datos subjetivos:

Es de religión católica creyente no practicante.

12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Datos objetivos: no manifiesta

Datos subjetivos:

Refiere que su esposo no la deja trabajar hasta que termine de estudiar.

13.- Necesidad de Jugar/ Participar en Actividades Recreativas

Datos objetivos:

No tiene

Datos subjetivos:

No realiza ninguna actividad por su embarazo.

14.- Necesidad de Aprendizaje

Datos objetivos: Comprende las acciones de Enfermería

Datos subjetivos:

Muestra interés en aprender contenido de Plan de alta.

3.3 Valoración de las necesidades humanas alteradas

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS
Eliminación	<p>Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>Riesgo de estreñimiento</p>
Temperatura	<p>Hipertermia</p>
Nutrición	<p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos</p>
Evitar peligros	<p>Riesgo de infección</p> <p>Dolor agudo relacionado con agentes biológicos manifestado por el inflamación renal</p> <p>Conocimientos deficientes</p>
Descanso	<p>Alteración del patrón del sueño</p>
Comunicación	<p>Afrontamiento inefectivo</p> <p>Patrón sexual inefectivo</p>
Higiene/piel	<p>Deterioro de la integridad cutánea, relacionado a la alteración de la sensibilidad. Manifestado por ardor</p>
Trabajar/realizarse	<p>Trastorno de la imagen corporal, relacionado el crecimiento uterino, manifestada por expresión de cambios en el estilo de vida</p>

3.4.- ANÁLISIS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

* Fuerza ** Voluntad *** Conocimiento

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

NUTRICION E HIDRATACIÓN				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> • Peso y talla normal para su estado de 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene ayuno. • Refiere tener sed. 	X	X	X X

gravidéz.				
• Tiene apetito.	• Refiere mucosas orales secas.		X	X
	• Presenta estrías.	X	X	X

ELIMINACIÓN DE DESECHOS CORPORALES				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
Eliminación urinaria es sin problemas. Orina frecuentemente por su estado de gravidéz.	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de ayuda para realizar sus necesidades fisiológicas por estar en reposo absoluto. • Infección del tracto urinario. polaquiuria, disuria 	X	X	X

MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA BUENA POSTURA				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> Cuenta con libertad para cambios frecuentes de posición de decúbito lateral izquierdo, derecho y supina. 	<ul style="list-style-type: none"> Presenta restricción de movimientos fuera de la cama. Cuenta con útero gestante. Requiere de ayuda para el cambio de posición. 	X	X	X

DESCANSO Y SUEÑO				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> Desea descansar 	<ul style="list-style-type: none"> Refiere alteración del sueño. Estrés y 		X	X

	<p>fatiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta limitaciones al movimiento. 			
--	---	--	--	--

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

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

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL					
DATOS DE INDEPENDENCIA	DE	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> • Baño diario. • Cepillado de dientes 2 veces al día. • Lavado de manos frecuente. 		<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de estrías en abdomen 	X	X	X

EVITAR PELIGROS				
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	F*	V**	C***
<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los factores de riesgo del embarazo. • Tiene conciencia de alteraciones que puedan ocurrir en el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta salida de líquido amniótico transvaginal. • Riesgo de infección. • Amenaza de parto pre termino. 			<p>X</p> <p>X</p>

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

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

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

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

3.5 Diagnóstico de Enfermería, resultados esperados, intervenciones y evaluación.

NECESIDAD 2: NUTRICIÓN

DOMINIO: Nutrición.

CLASE 5: Hidratación. CODIGO: 00028

DIAGNOSTICO: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con déficit de conocimientos respecto al volumen a ingerir¹⁷.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)¹⁸

NOC 1008: Ingestión alimentaria y de líquidos.

Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.

INDICADOR 100803: Ingestión de líquidos orales.

- 1= **Inadecuado**
- 2= Ligeramente adecuado
- 3= Moderadamente adecuado
- 4= Sustancialmente adecuado
- 5= Completamente adecuado

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)¹⁹

NIC 4120: Manejo de líquidos.

Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales no deseados.

¹⁷ NANDA *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2005-2006* (2005) España: ELSEVIER p. 86

¹⁸ Moorhead, S. Al. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (2005) Tercera edición Madrid España: ELSEVIER. p. 378

¹⁹ McCloskey J. Et. al *Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC)*. (2005) Cuarta edición, España: ELSEVIER p. 570

ACTIVIDADES:

- ❖ Identificar con la paciente los factores que impiden o dificultan la ingesta adecuada de líquidos.
- ❖ Orientar sobre la cantidad adecuada de líquidos para mejorar su padecimiento actual.
- ❖ Recomendar aumento en el consumo de cítricos.

Vigilar el estado de hidratación (mucosas, T/A)

EVALUACION: Refiere ingerir aproximadamente 2 litros diarios y haber realizado cambios en su dieta.

NECESIDAD 3. ELIMINACIÓN

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio.

CLASE 1: Función urinaria CODIGO: 00016.

DIAGNOSTICO: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario manifestado por polaquiuria, disuria²⁰

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)²¹

0503: Eliminación urinaria.

Recogida y descarga de la orina.

INDICADOR: 050304

Color de la orina

1= Gravemente comprometido

2= Sustancialmente comprometido

²⁰NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 91

²¹Moorhead, S. Et al. Op. cit. p. 329.

3= Moderadamente comprometido

4= Levemente comprometido

No comprometido

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)²²

0590: Manejo de la eliminación urinaria.

Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

ACTIVIDADES:

- ❖ Enseñar a la paciente a reconocer la urgencia de orinar.
- ❖ Enseñar a la paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas.
- ❖ Enseñar a la paciente a vaciar la vejiga completamente.

Proporcionar un listado de alimentos que contengan mayor cantidad de líquidos e insistir en la importancia de consumirlos.

Evaluación: Ma. Teresa refiere disminución de las molestias al orinar y modificación en la ingesta de líquidos y dieta.

NECESIDAD 3. ELIMINACIÓN

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio.

CLASE 2: Función gastrointestinal CODIGO: 00015.

DIAGNOSTICO: Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de Líquidos²³.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)²⁴

NOC 0501: Eliminación intestinal.

Formación y evacuación de heces.

INDICADOR: 050104

²²McCloskey J. Et al Op. cit. p. 536.

²³NANDA 2009-2011 Op. cit. p. 105

²⁴Moorhead S. Op. Cit. p. 328

Cantidad de heces en relación a la dieta

- 1= Gravemente comprometido
- 2= Sustancialmente comprometido
- 3= Moderadamente comprometido**
- 4= Levemente comprometido
- 5= No comprometido

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)²⁵

NIC 0450: Manejo del estreñimiento/impactación.

Prevención/alivio del estreñimiento.

ACTIVIDADES:

- ❖ Entrenamiento intestinal.
- ❖ Manejo de líquidos.
- ❖ Masaje abdominal.
- ❖ Fomento de ejercicio.
- ❖ Orientación sobre una dieta blanda.

Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyen al mismo.

Evaluación: Evacua una vez al día y presenta movilidad intestinal adecuado

NECESIDAD 4: MOVILIZACIÓN

DOMINIO 4: Actividad/reposo

CLASE 4: Actividad/ejercicio CODIGO: 00085.

DIAGNOSTICO: Deterioro de la movilidad física relacionado con intolerancia a la actividad por el embarazo manifestado por un rango de movimiento limitado²⁶.

²⁵ McCloskey J. Op. cit. p. 589

²⁶ NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 127

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)²⁷

NOC 2004: Forma física:

Ejecutar las actividades físicas con vigor.

INDICADOR: 200405: Ejercicio habitual.

1=Gravemente comprometido

2=Sustancialmente comprometido

3=Moderadamente comprometido

4=Levemente comprometido

5=No comprometido

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)²⁸

NIC 0200: Fomento del ejercicio:

Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico o nivel de salud.

Actividades:

- ❖ Insistir a la paciente a caminar por lo menos 30 minutos diarios.
- ❖ Enseñar a la paciente ejercicios respiratorios.
- ❖ Valorar que ideas tiene el ejercicio en su estado de salud.
- ❖ Explorar las barreras para el ejercicio.
- ❖ Animar a la paciente a empezar o continuar con el ejercicio.
- ❖ Incluir a la familia en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

Informar sobre los beneficios para su estado de salud.

Evaluación: La paciente refiere 20 minutos de caminata diariamente

²⁷ Moorhead S. Op. Cit. p. 385

²⁸ McCloskey J. Op. Cit. p. 451

NECESIDAD 5: DESCANSO

DOMINIO 4: actividad/reposo.

CLASE 1: Sueño descanso, tranquilidad, relajación o inactividad. CODIGO: 00198.

DIAGNOSTICO: Trastorno del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico manifestado por sueño interrumpido²⁹.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)³⁰

NOC 1212: Nivel del estrés.

Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

INDICADOR: 121214

Trastornos del sueño

- 1. Moderado**
2. Levemente comprometido
3. No comprometido

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)³¹

NIC1850: Manejo ambiental.

Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.

Actividades:

- ❖ Observar el número de horas que descansa la paciente
- ❖ Determinar la causa que no permite el descanso completo
- ❖ Proporcionar un ambiente adecuado para favorecer el sueño.
- ❖ Establecer como rutina el horario de dormir.
- ❖ Ayudar a eliminar las situaciones que causan estrés.

²⁹ NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 11 6

³⁰ Moorhead S. Op. Cit. p. 440

³¹ McCloskey J. Op. Cit. p. 489

- ❖ Evitar ruidos indeseables.

Sugerir escuchar música para relajarse

Evaluación: Se logró un descanso adecuado ocho horas de sueño continuo

NECESIDAD 5: MANTENER TEMPERATURA ADECUADA

DOMINIO 11: Seguridad y protección.

CLASE 6: Termorregulación. CODIGO: 00007.

DIAGNOSTICO: Hipertermia relacionado microorganismo invasor manifestado por piel enrojecida, y una temperatura de 38.5°C en picos febriles³².

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)³³

NOC 0800: Termorregulación.

Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

INDICADOR: 080001.

Temperatura cutánea aumentada

1= Grave

2= Sustancial

3= Moderado

4= Leve

5= Ninguno

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)³⁴

³² NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 340

³³ Moorhead S. Op. Cit. p. 540

³⁴ McCloskey J. Op. Cit. p. 713

3900: Regulación de la temperatura

Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales

Actividades:

- ❖ Mantener la temperatura dentro del margen normal controlado por medios físicos.
- ❖ Observar la coloración de la piel
- ❖ Fomentar la ingesta de líquidos adecuada.
- ❖ Ajustar la temperatura del ambiente a los requerimientos de la paciente.
- ❖ Orientar a la paciente sobre los signos de hipertermia para detectar a tiempo posibles complicaciones.

Evaluación: Se logró la disminución de la temperatura corporal y se mantuvo dentro de los límites normales

NECESIDAD 9: Evitar peligros

DOMINIO 11: Seguridad y protección.

CLASE 1: Infección. CODIGO: 0004.

DIAGNOSTICO: Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias, y cambios del pH de la orina³⁵.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)³⁶

NOC 1807: Conocimientos: Control de la infección.

INDICADOR: 180707.

Descripción de las actividades para aumentar la resistencia de la infección

1= Grave

2= Sustancial

³⁵ NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 301

³⁶ Moorhead S. Op. Cit. p. 218

3= Moderado

4= Leve

5=Ninguno

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)³⁷

NIC 6540: Control de infecciones.

Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- ❖ Instruir a la paciente sobre la técnica correcta de lavado de manos.
- ❖ Fomentar la ingesta de cítricos para aumentar la acidosis de la orina
- ❖ Fomentar la ingesta de líquidos adecuada.
- ❖ Instruir a la paciente sobre signos de infección.
- ❖ Enseñar a la paciente a realizar un adecuado aseo genital-urinario

Fomentar el baño diario.

Evaluación: se logró que la paciente aprendiera nuevos hábitos para la prevención de infecciones.

NECESIDAD 14: APRENDIZAJE

DOMINIO 5: Percepción/cognición.

CLASE 4: Cognición. CODIGO: 00126.

DIAGNOSTICO: Conocimientos deficientes relacionados con la interpretación errónea de la información manifestada por seguimiento inexacto de las instrucciones³⁸

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)³⁹

NOC 1803: proceso de la enfermedad.

³⁷McCloskey J. Op. Cit. p. 253

³⁸NANDA 2009-2011 Op. Cit. p.

³⁹Moorhead S. Op. Cit. p. 224

Descripción de métodos para minimizar la propagación de la enfermedad.

INDICADOR: 180308

Conocimiento: régimen terapéutico.

- 1.-Ninguno
- 2.-Escaso
- 3.-Moderado**
- 4.-Sustancial
- 5.-Extenso

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

5618: Enseñanza o procedimiento⁴⁰

Definición: preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento.

Actividades:

- ❖ Determinar el nivel de conocimientos
- ❖ Dar tiempo para que la paciente realice las preguntas
- ❖ Explicar el proceso de tratamiento
- ❖ Enseñar a la paciente técnicas para la solución de problemas
- ❖ Reforzar información proporcionada por otros

Informar a la paciente de formas que pueden ayudar a su recuperación.

Evaluación: se logró que la paciente tuviera y entendiera mejor la información

NECESIDAD 10: COMUNICACIÓN

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento. CODIGO: 00069.

⁴⁰ McCloskey J. Op. Cit. p.

DIAGNOSTICO: Afrontamiento inefectivo relacionado con sufrimiento de amenaza manifestado por tristeza y ansiedad⁴¹.

Concepto

Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)⁴²

NOC 1404: Autocontrol del miedo.

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

INDICADOR: 1404167.

- 1= Nunca demostrado
- 2= Raramente demostrado
- 3= En ocasiones demostrado**
- 4= Frecuentemente demostrado
- 5= Siempre demostrado

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

NIC: 5230 aumentar el afrontamiento.⁴³

Actividades:

- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones

⁴¹NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 249

⁴² Moorhead S. Op. Cit. p 163

⁴³ McCloskey J. Op. Cit. p 345

- Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Favorecer situaciones que favorezcan su autonomía.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
- Ayudar a la paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Alentar la manifestación de sentimientos y miedos.
- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño a grupos de apoyo si procede.

Evaluación: Refiere disminución de la ansiedad y autocontrol del miedo adelantado

NECESIDAD 9 EVITAR PELIGROS

DOMINIO: 12 CONFORT

CLASE 1 CONFORT FISICO. CODIGO: 00132

DIAGNOSTICO: Dolor agudo relacionado con agentes biológicos manifestado por el proceso inflamatorio renal.⁴⁴

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado y una duración menos de 6 meses

⁴⁴NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 82

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)⁴⁵

Dominio: I conocimiento y conducta de salud.

Clase: Q

Conducta de salud.

Control del dolor:

Definición: Acciones personales para controlar el dolor.

Indicadores.

160502 Reconoce el comienzo del dolor.

160505 utiliza los analgésicos de forma apropiada.

160511 Refiere dolor controlable.

Escala:

1.-Nunca demostrado.

2.-Raramente demostrado

3.-A veces demostrado.

4.- Frecuentemente demostrado.

5.-Siempre demostrado.

⁴⁵ Moorhead S. Op. Cit. p. 229

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)⁴⁶

Campo: 2 fisiológico complejo.

Clase. H control de fármacos.

Administración de analgésicos.

Definición. Utilización de agentes farmacológicos para disminución o eliminación del dolor.

Actividades

Comprobar las prescripciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia la respuesta al analgésico y cualquier evento adverso.

Evaluación: Refiere que Controló su dolor con los analgésicos. Quedando en la escala

⁴⁶McCloskey J. Op. Cit. 225

NECESIDAD 9 EVITAR PELIGROS

DOMINIO: 9 clase 2 (00148)

Temor Relacionado con la posible pérdida del producto de la gestación.

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.⁴⁷

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)⁴⁸

Dominio: I 1404 Autocontrol del miedo.

Indicador: 140403 Buscar información para reducir el miedo.

Frecuentemente demostrado.

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)⁴⁹

5380 Potenciación de la seguridad.

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Mostrar calma escuchar los miedos del paciente y permanecer con el fomentando su seguridad.
- Explicar al paciente, familia todos las pruebas y procedimientos.
- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.
- Evitar posibles situaciones emocionalmente intensas.

⁴⁷NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 138.

⁴⁸Moorhead S. Op. Cit. p. 229

⁴⁹McCloskey J. Op. Cit. 225

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Reforzar el comportamiento si procede.
- Animar la manifestación y sentimientos, perfecciones y miedo.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad y reforzar el comportamiento.

Evaluación: Refiere disminución de su dolor con los analgésicos. Quedando en la escala

NECESIDAD 2 ALIMENTACIÓN

DOMINIO: 2 Clase 1 (00002)

Desequilibrio Nutricional

Concepto: Desequilibrio nutriente relacionado por la incapacidad de absorción de los nutrientes y carbohidratos de los alimentos, manifestado por la falta de interés en los alimentos.⁵⁰

⁵⁰ NANDA 2009-2011 Op. Cit. p125.

Ingesta de nutrientes insuficientes, para satisfacer las necesidades metabólicas

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)⁵¹

Dominio:

: 1004 Estado Nutricional.

Indicador: 100402 Ingestión Alimentaria.

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)⁵²

100100. Manejo de la nutrición y disminución.

Actividades.

- Identificar junto con la paciente el aporte de nutrientes necesarios para cubrir el requerimiento de cantidad de nutrientes.
- Recomendar comidas ligeras y poca cantidad.
- Realizar una variedad de alimentos atractivos.
- Evitar que interfieran actividades dentro de la hora de los alimentos.

Evaluación: Refiere que controló su dolor con los analgésicos. Quedando en la escala

⁵¹ Moorhead S. Op. Cit. p. 229

⁵² McCloskey J. Op.Cit. 225

NECESIDAD 9 EVITAR PELIGROS

DOMINIO: 4 Clase 3 (00093) Actividad y reposo, equilibrio de la energía

Fatiga

Fatiga relacionado con el embarazo manifestado por incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.⁵³

- Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico, al nivel habitual.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)⁵⁴

0005 Tolerancia de la actividad.

Indicador: 000508 Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad.

Levemente comprometido.

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)⁵⁵

Actividades.

- Determinar las limitaciones, físicas de la paciente.
- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
- Determinar las causas de la fatiga (tratamiento, dolor, medicamentos).
- Favorecer el reposo, limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso).
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión de tiempo para evitar la fatiga

⁵³ NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 72.

⁵⁴ Moorhead S. Op. Cit. p. 229

⁵⁵ McCloskey J. Op. Cit. 225

Evaluación: Refiere que controló su dolor con los analgésicos. Quedando en la escala

NECESIDAD HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN

CLASE 2 LESIÓN FISICA

CODIGO 00046

Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea, relacionado a la alteración de la sensibilidad. Manifestado por ardor.⁵⁶

Definición. Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)⁵⁷

Dominio: 111

Salud psicosocial.

Clase. M

Bienestar psicológico.

1200 imagen corporal

Definición: percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.

Indicadores:

120001 Imagen interna de sí misma.

⁵⁶ NANDA 2009-2011 Op. Cit. p. 119

⁵⁷ Moorhead S. Op. Cit. p. 229

120005 Satisfacción con el aspecto corporal.

120007 Adaptación a los cambios en la función corporal.

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)⁵⁸

Campo: 1

Fisiológico básico.

Clase. F

Facilitación de auto cuidado

1.- cuidados perineales.

Definición: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

Actividades

Ayudar a la paciente con la higiene.

Se recomienda mantener el periné seco.

Se mantiene en posición cómoda a la paciente

2.- Vigilancia de la piel y del proceso de cicatrización.

⁵⁸McCloskey J. Op. Cit. 225

Evaluación: con los cuidados y la orientación recibida pudo tener una buena integridad de su piel con lo que además es una paciente que tiene buena conducta en cuidar su salud Quedando en la escala. 5 Siempre

NECESIDAD 12: REALIZACIÓN

DOMINIO: 4 AUTOPERCEPCIÓN

CLASE 3 IMAGEN CORPORAL

CODIGO: 00118

DIAGNÓSTICO: Trastorno de la imagen corporal, relacionado a la enfermedad, manifestada por expresión de cambios en el estilo de vida.⁵⁹

Definición. Confusión en la imagen mental del y/o físico.

NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)⁶⁰

NOC 1008: Ingestión alimentaria y de líquidos.

Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.

INDICADOR 100803: Ingestión de líquidos orales.

- 1= Inadecuado**
- 2= Ligeramente adecuado
- 3= Moderadamente adecuado
- 4= Sustancialmente adecuado
- 5= Completamente adecuado

NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)⁶¹

⁵⁹ NANDA 2009-2011 Op. Cit. p.105.

⁶⁰ Moorhead, S. Op. Cit. p. 402

Campo. 3

Conductual

Clase: R

Ayuda para hacer frente a problemas difíciles.

5240 Asesoramiento

Definición: utilización

Un proceso de ayuda interactiva centrada en las necesidades, problemas o sentimientos de la paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.⁶²

Actividades.

Se estableció una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto

Se le pidió a la paciente que (identifique lo que puede/no puede hacer sobre lo que sucede.

Ayudar a la paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

NIC: 0096 Privación de sueño y descanso.

⁶¹ McCloskey, J. Op. Cit. p. 191

⁶² McCloskey, J. Op. Cit. p. 191

*Actividades.*⁶³

- Observar y registrar las horas de la paciente.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de dormir.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño si es necesario.
- Disponer y llevar a cabo medidas agradables como masajes y contactos afectuosos.
- Comentar con la paciente y la familia, técnicas para favorecer el sueño.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día y noche normales.

Evaluación: Logro mejorar su valía y tener un concepto de buena imagen corporal quedando en la escala 5. Positivo

⁶³*Ibidem* p.196.

PLAN DE ALTA

El personal de enfermería debe proporcionar orientación básica sobre signos y síntomas de alarma que se presentan en el embarazo pre término para evitar complicaciones como hemorragia uterina.

El plan de alta va enfocado para brindar orientación, educación e información para la salud de la paciente y familiares, de manera que puedan llevar un auto cuidado en su domicilio y así evitar el reingreso, dado por no llevar a cabo el tratamiento adecuado por el médico.

Se debe informar la importancia que tiene el tratamiento que el médico indique así como asistir a sus citas programadas para un mejor control del binomio.

Esta educación a la paciente y familiares se puede llevar a cabo por medio de material didáctico, como rota folios, tríptico, películas, orientación verbal con fundamentación.

Brindar información sobre medidas higiénico-dietéticas fomentando el auto cuidado en su domicilio, comunicar que se deben realizar controles en forma periódica en especial uro cultivos y recomendar estar alerta ante la reaparición de signos y síntomas (fiebre, dolor y ardor por las micciones).

Brindar información sobre medidas higiénico-dietéticas fomentando el auto cuidado en su domicilio:

- Educar sobre higiene correcta de la zona perineal de adelante hacia atrás por arrastre
- Sugerir baño de regadera en lugar de baños de inmersión
- Aconsejar que orine en forma oportuna sin retención voluntaria y en su totalidad para evitar el éxtasis urinario
- Aconsejar que en lo posible use ropa interior de algodón y no use pantalones ajustados

- Se promoverá un régimen lacto-vegetariano rico en fibras y con abundante ingesta de líquidos (tres litros diarios), lo cual es muy importante porque genera un flujo de líquido continuo, que provocará un efecto de barrido

Realizar un seguimiento del tratamiento farmacológico en caso de estar indicado.
Tomar antibiótico prescrito en tiempo y forma adecuada.

Comunicar que se deben realizar controles en forma periódica en especial urocultivos y recomendar estar alerta ante la reaparición de signos y síntomas (fiebre, dolor y ardor por las micciones).

CONCLUSIONES

En este proceso de atención enfermería el fin principal de la enfermera es dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson y las catorce necesidades que se aplicaron a la paciente María Teresa.

Se proporcionó información de signos y síntomas de alarma así como el autocuidado que debe realizar la paciente durante y después del embarazo.

El embarazo complicado hoy en día es un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna si no porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.

En la mujer embarazada ocurre un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales dependiendo de la edad de la madre, puede haber más o menos complicaciones. En vista de esto es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos para concientizar y lograr un embarazo a término.

Con la aplicación del proceso de atención de enfermería se cumplió el objetivo general así como los específicos.

Como profesionalista me queda claro que para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería se necesita tener los conocimientos suficientes para identificar, cada una de las necesidades de la persona y así poder construir, diagnósticos de enfermería con intervenciones viables para poder satisfacer sus necesidades. En el caso de Ma. Teresa aplique los diagnósticos, las intervenciones y actividades que me permitieron dar seguimiento en el control de su embarazo y coadyuvar a que Teresa logre un embarazo a término sin riesgo.

SUGERENCIAS

Este estudio nos permita identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

Se puede ayudar a prevenir las infecciones urinarias de varias maneras, sugiriendo u orientando sobre futuras complicaciones, tomando de 6 a 8 vasos de agua diariamente, eliminando la cafeína, el alcohol y el azúcar.

Que desarrolle el hábito de orinar en el momento en el que tiene el deseo de orinar, evitar usar jabones fuertes, cambiar diariamente la ropa interior y procurar que sea de algodón, evitar pantalones demasiados ajustados.

También se pretende que el embarazo llegue a su feliz término sin ninguna complicación. Lo más importante es que la mujer embarazada acuda a su control prenatal para detectar factores de riesgo oportunamente.

Por lo tanto es necesario concientizar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos de parto pre término que son más graves cuanto menor es la edad de la madre, y proporcionarle atención integral por personal calificado que garantice la calidad y satisfacción de las pacientes.

Así mismo promover en las instituciones de salud que el personal de Enfermería este actualizado en lo referente al Proceso Atención Enfermero y lo aplique como parte de su ejercicio profesional, para identificar las necesidades reales de la persona, familia o comunidad ya que este puede ser aplicado en todos los niveles de atención.

ANEXO I

GLOSARIO

--EMBARAZO: Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionarios y fetales.

--Parto: Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta.

--Prematuro: Perteneciente o relativo a un niño nacido antes de la 37 semanas de gestación.

--Asfixia: Hipoxia grave que evoluciona hacia hipoxemia, hipercapnia, pérdida de la conciencia y si no se corrige produce la muerte del enfermo.

--Hemorragia: Pérdida de una gran cantidad de sangre en un período de tiempo corto bien externa o internamente. Puede ser arterial, venosa o capilar.

--Contracción: Estrechamiento rítmico de la porción superior del útero que comienza siendo de la porción superior del útero que comienza siendo muy débil y se va haciendo progresivamente más vigoroso; al final del parto las contracciones son fuertes, aparecen cada dos minutos y duran más de uno, las contracciones empujan al feto y lo hacen progresar por el canal del parto.

--Bacterias: Organismos muy pequeños que causan infecciones o enfermedades.

I—Infección: Invasión de microorganismos causantes de enfermedades en los tejidos del cuerpo y que pueden producir daño en los mismos.

--Infección de Vías Urinarias (IVU): Se define como la presencia de bacteriuria significativa, acompañada de síntomas urinarios (disuria, frecuencia y urgencia urinaria, dolor, etc).

BIBLIOGRAFIA

Andriole Vicente T, Thomas F. PATTERSON "Epidemiología historia natural y tratamiento de las infecciones del tracto urinario en el embarazo". Médico Clínicas de América del Norte de 1991; 75:359-373.

Antonio Lo manto, lo manto Marcela, SÁNCHEZ Jacinto. "Infección urinaria "gestacional. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 1994; 45:101-106.

Ayala GU. 2002, Infecciones Urinarias y embarazo, Rev. Sanidad Militar México 1996; 50: pp. 134-36

BACHMAN John, Robert H Heise, Naessens James, Timmerman Mark G. "Un estudio de las diversas pruebas para detectar infecciones asintomáticas del tracto urinario en una población obstétrica". JAMA 1993; 270:1971-1974

CONNOLLY Anna Marie, John M. Thorp " infecciones del tracto urinario en el embarazo ". Clínicas de Urología de América del Norte 1999;

Fiorelli, S. Rodríguez, H. 1997 Complicaciones Médicas del Embarazo México: Mc. Graw Hill pp. 252 – 255

HARRISON. Principios de Medicina Interna• "El uso de antibióticos en Obstetricia y Ginecología" .Septiembre 1992; 19 N3.

Henderson, V.A (1978) the conceps of Nursing Journal of advanced marzo USA

Infección urinaria y embarazo, consultada 5 de febrero 2011 <http://www.hvil.sld.cu/instrumentalquirurgico/biblioteca/Ginec obstetricia> 20-20RIGOL/cap16.

JAMES, R. Steven G. "*Ginecología Clínica y Obstetricia*". 2002; 45:59-72.

Kozier, B. et al (2004) *Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica*. 4ª-Edición, México, Editorial Interamericana.

Mc Closkey J. Et. *Al Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*(2005) cuarta edición España: Elsevier.

MILLAR Lynnae K, la COX Susan M. "*Infección del tracto urinario que se complique el embarazo*". *Clínicas de Enfermedades de América del Norte* 1997

Moorhead. S. *AL Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* (2005) tercera edición Madrid España: Elsevier.

NANDA diagnósticos enfermeros; definiciones y clasificaciones 2009 -2011 (2010) España: Elsevier.

Navarro, E. Tuesca R et al. *Infección de vías urinarias en gestantes como factor de riesgo para bajo peso al nacer* 1988 *Rev. Médica Chile*; 116 pp.895-900

PATTERSON Thomas M, Vicente Andriole. "Detección, importancia y tratamiento de la bacteriuria en el embarazo". *Infección por la enfermedad Clínicas del Norte de América de 1997; 11:593-608*.

VASQUEZ, VILLAR.JC "El tratamiento para infecciones de las vías urinaria sintomática durante el embarazo ". La Biblioteca Cochrane Plus

ANEXO I

EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO

1. Nivel Socioeconómico	Medio y alto	Bajo
Muy bajo		
2. Escolaridad (años aprobados)	6 o más	1 a 5
3. Edad (años)	20-30	15-19
14 o menos		
4. Edad (años) 31-35 36 o más		
5. Estatura Cm 150 o más	145-149	144 o menos
6. Estado Civil Casada	Soltera	Sin cónyuge
7. Estado Civil Unión libre	Viuda	
8. paridad 1 a 3	Nulípara	
9. Paridad 4 y más		
10. Partos anteriores Normal	Difícil	Traumático
11. Intervalo íter genésico 1 a 2 años	Menos de 1 años	
12. Abortos No	1 a 2	Más
13. Nacidos muertos No	1 a 2	Más

14. Hijos con bajo peso **No** 1 a 2 Más
15. Hijos con malformaciones **No** 1 a 2 Más
16. Hijos prematuros **No** 1 a 2 Más
17. Muertes neonatales **No** 1 a 2 Más
-
18. Diabetes **No** Controlada Activa
19. Hipertensión **No** Controlada Activa
20. Epilepsia **No** Controlada Activa
21. Cardiopatía **No** Controlada Activa
22. Enfermedades del tiroides **No** Controlada Activa
23. Enfermedades renales **No** Controlada Activa
24. Consanguinidad **No** Si
25. Retraso mental **No** Si
26. Exposición radiaciones **No** Si
27. Carga de trabajo **Normal** Excesivo Exagerado
28. Exposición a tóxicos **No** Si
29. Desnutrición **No** Moderada I Grave II
-
30. Anemia Hb. En Gramos **10 o más** 8.0 a 9.9 Menos de 8
31. Alcoholismo **No** Si
32. Tabaquismo **No** Si
33. Otras fármaco dependencias **No** Tuvo Actual
34. Toxoplasmosis **No** Tuvo Actual
35. Rubéola Tuvo Actual
36. Citomegalovirus **No** Si
37. Herpes **No** Si
38. Sífilis **No** Tuvo Actual
39. S.I.D.A. **No** Sospecha Si
40. Otros especifique.
- Riesgo bajo** Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

1. DATOS GENERALES

1. Edad (años) **20 a 30** 15 a 19 14 o menos
2. Edad (años) 31 a 35 36 o más
3. Peso al inicio (Kg) 51 a 64 65 a 75 76 o más
4. Peso al inicio (kg) **41 a 50** 40 o menos
5. Estatura (cm) **1.50 o más** 1.45 a 1.49 1.44 o Menos
6. Nivel socioeconómico Alto y medio **Bajo**, Muy bajo
7. Estado civil **Casada** Soltera Sin Cónyuge
8. Estado civil Unión libre Viuda
9. Actitud **Adecuada** Inadecuada Muy Altera

2. ANTECEDENTES

10. Paridad 1 a 3 4 a 6
11. Paridad **Nulípara**
12. Parto anterior Normal Díficil Traumático
13. Abortos consecutivos **No** 2 o más
14. Cesáreas previas **No** Una 2 o más
15. Partos pre término 37 semanas. **No** Uno 2 o más
16. Pre eclampsia-eclampsia **No** Sí

17. Hijos <2500g. o menos **No** uno 2 o más
18. Hijos de 4000 g. ó más. **No** Si
19. Muertes perinatales **No** Uno 2 o más

- 20. Hijo malformado **No**
- 21. Cirugía previa Ginecológica Útero

3. EMBARAZO ACTUAL

- 22. Consanguinidad **No** Sí
- 23. Factor Rh Positivo Negativo no Negativo
Inmunizada
- 24. Hemoglobina en g. 11 o más **8 a 10.98** ó menos
- 25. Tabaquismo No Si
- 26. Alcoholismo No Si
- 27. Toxicomanías **No** Si
- 28. Amenaza de aborto (20 semanas. O **No** Controlada Activa
Menos).

- 29. Amenaza parto pre término (21 o Más semanas.) No Controlada **Activa**
- 30. Hemorragia ginecológica **No** Controlada Activa
- 31. Cardiopatía **No** Controlada Activa
- 32. Nefropatía **No** Controlada Activa
- 33. Diabetes **No** Controlada Activa
- 34. Hipertensión crónica **No** Controlada Activa
- 35. Hipertensión del embarazo **No** Controlada Activa
- 36. Ruptura de membranas **No** 12 hrs. O 13 hrs. Menos o más
- 37. Otros especifique.
- 38. Riesgo bajo. **Riesgo medio** Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

- 0-139 **140-160** 61 y más
2. Presión arterial Diastolica. 60-90, 91-109, 110 y más
3. Aumento de peso (kg/mes) **1 a 1.5**, 1.6 a 2.9, 3.0 o más
4. Aumento de peso (Kg/mes) Sin aumento Disminución
5. Aumento F.U. (cms/mes) 3 a 5 6-7 **8 y más**
6. Aumento F.U. (cms/mes) 1-2 No Aumento
7. Líquido amniótico (cantidad) **Normal** Moderado Exagerado
8. Líquido amniótico (cantidad) Moderado Exagerado
9. Movimientos fetales Normal **Moderado** Exagerado
10. Movimientos fetales Moderado
Exagerado
11. Hemorragia genital **No** Mínima regular
12. Membranas ovulares integras Rotas 12 hrs. Rotas 13 hrs o menos o más
13. Contracciones uterinas antes de
37 semanas (por hora) 1 o menos 2 a 3 4 o más
14. Aborto 20 semanas. O menos **No** Amenaza En Evolución
15. Parto pre término (21-36 semanas.) No Amenaza En **Evolución**
16. Ínfeción urinaria No **Controlada** Activa
17. Otras alteraciones maternas Especifique
18. Otras alteraciones fetales Especifique
19. Otros especifique
- Riesgo bajo** Riesgo medio Riesgo alto

ANEXO III

Anexo II

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Se considera como tal la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración acompañada de modificaciones cervicales mínimas antes de la semana 37 de gestación.

La corroboración de la edad gravídica pre término por amenorrea o por ultraecografía, la presencia de contracciones uterinas irregulares en intensidad, pero con una frecuencia mayor de seis en una hora, perceptibles por el obstetra.

Sintomáticamente cólicos semejantes a los menstruales, lumbalgias rítmicas, expulsión de moco claro o sanguinolento, sangrado genital en manchas, sensación de pesantez pélvica, cólicos intestinales con diarrea o no, y modificaciones cervicales mínimas (borramiento o inicio de dilatación en el orificio interno).

Cuando ya se ha establecido el diagnóstico de amenaza de parto prematuro se deben recordar los casos en que está contraindicado la inhibición de esta amenaza los cuales son: la ruptura de membranas con datos de infección corioamniótica.

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro se basa en la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales tales como borramiento del cuello igual o mayor al 50% y dilatación de 2 cm o más su incidencia es de 8-10 % del total de partos y es la causa más importante de morbi-mortalidad fetal.

Aunque el parto prematuro se desencadena por la puesta en marcha de mecanismos fisiológicos, debe ser considerado un proceso patológico.

Cuales son las causas del parto prematuro

Muchas veces es imposible llegar a saber exactamente cual es el motivo para el desencadenamiento del parto prematuramente o se produzca una rotura prematura de bolsa, pero si se conoce algunas causas que pueden predisponer al parto prematuro que pueden evitarse.

Enfermedades maternas.

Las enfermedades de origen materno más frecuentes son las infecciones de las vías urinarias, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas y alteraciones tiroideas no tratadas.

Enfermedades que incurren con el embarazo.

La preeclamsia o una diabetes asociada al embarazo (diabetes gestacional) pueden llevar a que el parto deba ser provocado en forma prematura, para mejorar el pronóstico de la mamá y del bebé, que debe permanecer dentro del útero, corre riesgos mayores que la misma prematurez.

Factores uterinos.

Las causas propiamente uterinas pueden ser miomas, cuello uterino incompetente, mala implantación de la placenta, malformaciones del útero y útero bicorne también pueden ser factores importantes.

Factores emocionales.

También la ansiedad y la tensión materna pueden predisponer un parto prematuro.

Edad materna.

La edad materna tiene relación, por debajo de los 16 años o por encima de los 35 años hay una mayor incidencia de partos prematuros.

Factores fetales.

Las causas pueden corresponder a embarazos múltiples, malformaciones cardíacas, cromosómicas, infecciones intrauterinas como la provocada por citomegalovirus o rubéola.

Factores sociales.

También por factores sociales aumenta la aparición del parto prematuro, bajo nivel socio-económico, malnutrición materna, exceso de actividad física son algunos de estos factores.

Hábitos tóxicos maternos.

Los hábitos tóxicos maternos también aumentan los riesgos, como el tabaquismo, alcoholismo y el uso de drogas que se asocian a prematuridad y también predisponen a tener hijos de peso inferior al adecuado (retraso en el crecimiento intrauterino).

Examen físico la mujer puede presentarse con contracciones, dilatación cervical (Mayor que 2 cm), adelgazamiento del cuello uterino (borradura) que excede 50%, rotura de membranas, y un cambio de la dilatación o borramiento cervical según se nota en exámenes seriados.

Pruebas puede efectuarse la prueba con papel con nitrazina para excluir rotura de membranas. En casos relacionados con hemorragia, las pruebas de laboratorio pueden incluir biometría hemática completa y estudio hematológico (hematocrito,

hemoglobina, químicas séricas, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial). Se efectúan pruebas de electrólitos y de glucosa sérica en casos que exigen supresión de las contracciones (tocó lisis). Pueden efectuarse un uro cultivo y antibiograma para excluir infección de las vías urinarias. La ultrasonografía se usa para determinar el tamaño y la posición del feto, y la localización de la placenta. Tal vez se necesite vigilancia uterina continua. Puede efectuarse una amniocentesis a fin de obtener líquido para evaluar la madurez del feto. Una prueba de fibronectina fetal se usa principalmente para excluir trabajo de parto prematuro durante los 14 días después de la prueba.

Los síntomas que pueden determinar un diagnóstico de parto pre término:

- Dilatación del cuello del útero (detectada por tacto vaginal y/o ecografía transvaginal).
- Contracciones uterinas frecuentes.
- Detección de fibronectina en el flujo vaginal: esta sustancia proviene del cuello uterino en casos de amenaza de parto prematuro (no se usa esta técnica porque es cara y ofrece igual resultado que una ecografía).
- Valoración de ciertas bacterias en el flujo vaginal.⁶⁴

Signos que pueden determinar un diagnóstico de parto pre término:

- Todo tipo de sangrados vaginales.
- Flujo vaginal de mal olor o en gran cantidad (un cierto aumento del flujo vaginal durante el embarazo es normal).
- Dolor al orinar o si orina frecuentemente (también un cierto aumento en la frecuencia es normal en el embarazo).

⁶⁴ Fiorelli, S. Rodríguez, H. Complicaciones Médicas del Embarazo México: Mc. Graw Hill pp. 252 - 255

- Comezón dentro o fuera de la vagina.
- Fiebre y/o diarrea.
- Contracciones prematuras que pueden manifestarse como:
 - Molestias parecidas a los dolores menstruales.
 - Endurecimientos repetidos del bajo vientre.
- Contracciones prematuras son un signo de alarma cuando ocurren más de dos veces en una hora o más de 10 veces durante un día.

Tratamiento

El tratamiento depende de si se permite que continúe el trabajo de parto o no. Los factores críticos en esta decisión comprenden la edad gestacional, la madurez del feto, y la cantidad de dilatación y borradura del cuello uterino.

El tratamiento estándar para prolongar la gestación por lo general comprende reposo en cama con la mujer acostada sobre el lado izquierdo (posición en decúbito lateral izquierdo). El tratamiento también incluye sedación, aumento de la ingestión de líquido (hidratación), antibióticos, vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, vigilancia del útero, y administración prenatal de esteroides (para acelerar la maduración de los pulmones).

En situaciones más urgentes, el trabajo de parto a menudo se puede suspender con medicamentos (intervención farmacológica). Las contracciones del útero se pueden inhibir (tocó lisis) con fármacos adrenérgicos beta-miméticos, sulfato de magnesio, inhibidores de la prostaglandina sintetasa, y bloqueadores de los canales del calcio. Si es posible suspender el trabajo de parto, quizá se coloque material de sutura alrededor del cuello uterino para mantenerlo cerrado (cerclaje cervicouterino). Cuando es imposible suspender el trabajo de parto, se transfiere a la mujer a un hospital donde haya una unidad de cuidado intensivo neonatal. Se

efectúa vigilancia fetal interna para determinar cuál es el modo más eficaz de parto.

Las visitas prenatales regulares a un médico o una clínica de maternidad son esenciales para un embarazo, parto y periodo posparto sano y seguro.

Complicaciones

Las complicaciones que pueden ocurrir estando en el hospital son, entre otras:

- Anemia
- Sangrado intracerebral (hemorragia intraventricular en neonatos) o daño a la sustancia blanca del cerebro (leuco malacia)
- Infección o sepsis neonatal
- Azúcar bajo en la sangre (hipoglucemia)
- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal, aire extra en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar), sangrado en los pulmones (hemorragia pulmonar)
- Ictericia del recién nacido
- Conducto arterial persistente
- Inflamación intestinal severa (enterocolitis necrosante)
- Las posibles complicaciones a largo plazo abarcan:
- Displasia broncopulmonar (DBP)
- Retraso en crecimiento y desarrollo
- Retraso o discapacidad mental o física⁶⁵
- Retinopatía de la prematuridad, pérdida de la visión o ceguera⁶⁶

⁶⁵ Ayala GU. Infecciones Urinarias y embarazo, Rev. Sanidad Militar México 1996; 50: pp. 134-36

⁶⁶ Navarro, E. Tuesca R et al. Infección de vías urinarias en gestantes como factor de riesgo para bajo peso al nacer 1988 Rev. Médica Chile; 116 pp.895-900

Anexo III

Infección de las vías urinarias

Concepto:

La infección urinaria es el resultado de la invasión y el desarrollo de bacterias en el tracto urinario que puede traer consigo complicaciones maternas y fetales. Se divide en altas y bajas. Infección urinaria alta aquélla que se localiza al nivel del parénquima renal y uréter, y la infección urinaria se presenta en el nivel de la porción inferior del uréter, vejiga y uretra.

Epidemiología

La infección urinaria constituye uno de los tipos más frecuentes de infección bacteriana del humano, y afecta sobre todo a la mujer, entre los 25 y 65 años, se encontró una prevalencia de bacteriuria asintomática. La mujer embarazada tiene alto riesgo de presentar bacteriuria, con alta incidencia de predisposición a la pielonefritis crónica⁶⁷.

Cambios anatómicos y fisiológicos del tracto urinario durante la gestación

Anatómicos: Durante el embarazo, a nivel de tracto urinario, se presentan cambios que pueden favorecer la aparición de infecciones sintomáticas. El riñón aumenta de tamaño, con dilatación de la vascular por el incremento de agua, el uréter, la pelvis y los cálices renales se dilatan en el 90% de las gestantes por factores hormonales y mecánicos.

⁶⁷ *Infección urinaria y embarazo*, consultada 5 de febrero 2011 <http://www.hvil.sld.cu/instrumentalquirurgico/biblioteca/Ginecobstetricia%20-%20RIGOL/cap16.pdf>

Los cambios hormonales, especialmente la progesterona provoca cambios en el tono y peristaltismo del sistema colector, llevando a estasis urinaria, lo que favorece el reflujo hacia el riñón. A esto se le adiciona el efecto compresivo mecánico, que el útero grávido genera a partir de la segunda mitad de la gestación.

La vejiga disminuye el tono muscular, incrementa su volumen, disminuye la capacidad de vaciamiento y favorece el reflujo de orina.

Aunque no se presentan mayores modificaciones en la uretra, su tamaño relativamente corto es uno de los factores claves en la génesis de la patología infecciosa urinaria.

Funcionales: La filtración glomerular (FG) aumenta 30 – 50%, aún en casos en que la función renal está disminuida. Este aumento es producto del incremento del flujo plasmático renal (80% en el segundo trimestre y del 60% en el tercer trimestre). Se producen, además, cambios en la fisiología del túbulo renal; se reabsorbe más porcentaje del sodio filtrado aumentando el sodio corporal, y por lo tanto la retención de líquido.

La reabsorción de sustancias no electrolíticas por el túbulo proximal como la glucosa, aminoácidos y micro globulinas disminuye, lo que explica la aparición de glucosuria y la pérdida de proteínas en la gestante normal. La orina excretada tiene un pH mayor por el aumento de la excreción de bicarbonato, que aunado a la glucosuria favorecen la multiplicación bacteriana.

La médula renal, con este nuevo ambiente hipertónico, impide la migración de leucocitos, la fagocitosis y la activación del complemento.

Implicaciones clínicas

La relación entre bacteriuria asintomática, parto pre término y bajo peso al nacer ha sido bien documentada. Más del 27% de los partos pre término se han asociado con formas clínicas de IVU.

Las infecciones urinarias han sido asociadas con ruptura prematura de membranas ovulares, amenaza de parto pre término, infección ovular clínica y subclínica, fiebre materna en el posparto, pre eclampsia e hipertensión, anemia materna, bajo peso al nacer y Sepsis neonatal.

Algunos estudios sugieren que los microorganismos pueden producir ácido araquidónico, fosfolipasa A y prostaglandinas, que juegan un papel importante en la maduración cervical y en el incremento de calcio libre miometrial, el cual estimula el tono uterino y produce contracciones, lo que explica la amenaza de parto pretérmino.

La infección urinaria puede producir complicaciones maternas serias como shock séptico, insuficiencia respiratoria del adulto, trastornos hidroelectrolíticos, insuficiencia renal y muerte⁶⁸.

Fisiopatología:

La infección urinaria en la mujer es el resultado de complejas interacciones entre el huésped y el microorganismo regularmente se origina por el movimiento ascendente retrógrado y la propagación de las bacterias que colonizan el área periuretral y la uretra distal provenientes de la flora entérica. La mayoría de las

⁶⁸ VASQUEZ, VILLAR. JC *"El tratamiento para infecciones de las vías urinaria sintomática durante el embarazo "*. La Biblioteca Cochrane Plus.

infecciones urinarias son causadas por bacterias Gram negativas que ascienden a través de la uretra al interior de la vejiga, estableciendo la colonización⁶⁹.

La inflamación vesical provoca edema y deformación local de la unión uretro vesical, que facilita el ascenso bacteriano hasta el parénquima renal, provocando la píelo nefritis.

Para colonizar el tracto urinario la bacteria expresa fimbrias de adhesión que facilitan su fijación al uroepitelio. existen 2 tipos principales (I y P); los Pili tipo I se encuentran en la mayoría de uropatógenos, pero en su mayoría no son patogénicos; son manosa sensibles y se unen a glucoproteínas (proteína de tamm-horsfall, *IgA* secretora); pueden demostrar virulencia en el tracto genitourinario en presencia de uropatógenos más virulentos.

Los Pili tipo P son manosa resistentes; casi el 90 por ciento de E. Coli uropatógenas poseen este tipo de pili, que son más virulentos.

Otros factores de virulencia incluyen lipopolisacáridos de bacterias Gram negativas, las cuales se unen a las células huésped con receptores cD14 y disparan una cascada inflamatoria. Hemolisinas, proteínas producidas por bacterias para lisar eritrocitos, se encuentran en la mitad de serotipos pielonefríticos una vez unida la bacteria al uroepitelio, las células epiteliales son capaces de internalizar la bacteria por un proceso similar a la fagocitosis.⁷⁰

La respuesta inflamatoria durante la infección urinaria consiste de tres pasos principales que involucra la activación de células uroepiteliales asociada con señalización transmembrana, lo cual ocasiona distintos mediadores inflamatorios y es seguido por la atracción de células inmunes en el foco infeccioso y finalmente

⁶⁹ CONNOLLY Anna Marie, John M. Thorp " infecciones del tracto urinario en el embarazo ". *Clínicas de Urología de América del Norte* 1999;

⁷⁰ • HARRISON. *Principios de Medicina Interna*- "El uso de antibióticos en Obstetricia y Ginecología" .Septiembre 1992; 19 N3.

la destrucción local y eliminación de la bacteria invasora, el daño renal subsecuente es resultado de la respuesta inflamatoria más que de cualquier efecto directo de la bacteria.

Vías de infección urinaria

La infección urinaria se produce por dos vías: ascendente y descendente, por contigüidad y a través de la submucosa uretral, vías linfáticas y hemáticas.

La vía ascendente es la más importante, y es seguida por los gérmenes que anidan en la vejiga o que llegan a ella a partir de la flora perineal.

La vía descendente donde los gérmenes alcanzan el riñón por vía hemática o linfohemática difícilmente se produce en un riñón sano; pero factores como la obstrucción ureteral y la isquemia renal pueden favorecerla.

Por contigüidad, donde el punto de partida del germen infectante fuera el intestino, también es muy infrecuente. Como en todas las infecciones, el inicio, curso y desenlace dependen de la agresividad y virulencia del microorganismo infectante, de la capacidad de respuesta del huésped infectado y del entorno de ambos.

Mecanismos de defensa de infecciones urinarias

El tracto urinario es resistente a la colonización bacteriana y está capacitado para eliminar los gérmenes patógenos y no patógenos que lleguen a la vejiga. Esto lo logra por diversos mecanismos:

- Actividad antibacteriana de la orina.
- Proteína de Tamm-Horsfall que se une a la E coli precipitándola y evitando su adhesión al tracto urinario.
- El mecanismo de barrido del tracto urinario.

- Los glicosaminoglicanos que recubren la mucosa y evitan la adherencia bacteriana.
- Los anticuerpos presentes en las secreciones vaginales que impiden la colonización del introito y del área periuretral.

Etiología

Los microorganismos responsables de la infección urinaria sintomática y asintomática son los mismos. La *Escherichia coli* se encuentra en el 80% de los casos, seguido en frecuencia por el *Proteus mirabilis* (4%), *Klebsiella* (4%), *Enterobacter* (3%), *Staphylococcus saprophyticus* (2%) y *Streptococci* del grupo B (1%). Algunas bacterias Gram positivas también han sido asociadas con patología del tracto urinario, aunque de forma menos frecuente, como el *Staphylococcus coagulasa negativo*. Otros microorganismos como la *Gardnerella vaginalis*, *Lactobacilli*, *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma Urealyticum* tienen un papel incierto en la patogénesis de la enfermedad⁷¹.

La *E. coli* posee características que la hacen muy virulenta para el tracto urinario, como son la presencia de pili que favorece su adherencia al uroepitelio, antígeno K que protege a las bacterias de la fagocitosis por los leucocitos, hemolisina que favorece la invasión tisular y daña el epitelio tubular, la resistencia antimicrobial a la actividad bactericida del suero y aerobactina que permite a la bacteria acumular hierro para su replicación.

⁷¹ MILLAR Lynnae K, la COX Susan M. " *Infección del tracto urinario que se complique el embarazo* ". Clínicas de Enfermedades de América del Norte 1997;

Clasificación

Se clasifican según el nivel de compromiso clínico y anatómico en: asintomática (bacteriuria asintomático) y sintomática (cistitis y píelo nefritis), siendo también denominadas como altas y bajas.

- Infección urinaria asintomática

Se habla de ella cuando existe la presencia de más de 100.000 colonias de bacterias por milímetro de orina (uro cultivo) en ausencia de signos y síntomas de infección urinaria.

La prevalencia de bacteriuria durante la gestación no varía en relación con la no gestante, teniendo una frecuencia del 2 al 10% de todas las gestaciones. De éstas, sin tratamiento médico 30% desarrollan una cistitis y un 20 a 40% desarrollarán una píelo nefritis durante la gestación. Cuando la bacteriuria es tratada se disminuye marcadamente la frecuencia del desarrollo de pielonefritis, encontrándose entre 0 y 5.3%, con un promedio de 2.9%.

Las pacientes con historia previa de infecciones urinarias o de bacteriurias recurrentes tienen un riesgo 10 veces mayor de presentar síntomas en el embarazo.

En la primera visita prenatal se pueden detectar la gran mayoría de las bacteriurias asintomáticas, siendo más prevalentes entre la semana 9 a 17. Sólo el 1% de las bacteriurias asintomáticas se adquieren en el embarazo tardío.

La presencia de bacteriuria asintomática ha sido relacionada con complicaciones médicas y obstétricas del embarazo, existiendo controversia en el incremento de la enfermedad hipertensiva del embarazo en las pacientes con bacteriuria.

También existe asociación con la presencia de prematuridad y bajo peso; reportes de tratamiento de las bacteriurias en el embarazo se relacionan con una disminución entre un 10 y un 20% de prematuridad y de una reducción de bajo peso al nacer.

Infeción urinaria sintomática

Es la presencia de más de 100.000 colonias de bacterias en 1 ml de orina asociado a síntomas de compromiso del tracto urinario bajo o alto. Las podemos clasificar en dos grupos: infecciones urinarias bajas (cistitis aguda) e infecciones urinarias altas (píelo nefritis aguda).

Cistitis aguda

Se caracteriza por la presencia de síntomas urinarios como frecuencia, urgencia y disuria (estranguria, dolor durante la micción causada por espasmo muscular de la uretra y la vejiga). Es frecuente la presencia de malestar supra púbico y hematuria macroscópica, o cambios en las características de la orina. No se presentan síntomas sistémicos como fiebre y dolor costo vertebral.

La cistitis ocurre en el 1% de las mujeres gestantes, mientras que el 60% de ellas tienen cultivo inicial negativo. La tasa de recurrencia de cistitis en el embarazo es de 1.3%.

Píelo nefritis aguda

Ocurre en el 2% de todos los embarazos. Se presenta en estas pacientes síntomas de compromiso sistémico como son la fiebre, náuseas, vómito y dolor en región de flancos o a nivel de fosa renal (85%). En menor frecuencia se presentan síntomas urinarios bajos como disuria, frecuencia y urgencia urinaria (40% de las pacientes).

Se ha reportado que entre un 10 a 15% de las mujeres que cursan con cuadro clínico de píelo nefritis presentan una bacteriemia, siendo poco común el cuadro de shock séptico; sin embargo, entre un 2 a 8% de las mujeres pueden desarrollar síndrome de dificultad respiratoria del adulto, como parte de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

En el momento actual, la píelo nefritis continúa siendo una patología asociada con el parto prematuro, muerte fetal y discapacidad neurológica en fetos productos de embarazos complicados con píelo nefritis

Signos y síntomas:

- Dolor o sensación de ardor al orinar
- Necesidad de orinar frecuentemente
- Después de orinar continuas con el deseo de orinar un poco más.
- Sensación de urgencia al orinar
- Sangre o moco en la orina
- Dolor o contracciones en la parte baja del vientre
- Dolor durante el acto sexual
- Escalofríos, fiebre, sudoración profusa, incontinencia.
- Se despierta en la noche para orinar
- Cambio en la cantidad de orina, ya sea más o menos.
- La orina tiene un aspecto turbio, huele mal o el olor es muy concentrado.
- Dolor, sensación de presión o sensibilidad extrema en la zona de la vejiga.
- Cuando la bacteria se disemina a los riñones, puedes tener dolor en la parte baja de la espalda, escalofríos, fiebre, náusea y vómito.
- Algunas personas afectadas por esta enfermedad NO presentan síntomas.

Diagnóstico

El 40-70% de las mujeres que desarrollaran síntomas de IVU son detectadas por tamizaje. La mayoría de esas mujeres tienen un cultivo positivo al inicio del embarazo.

Es por esta razón que se hace innecesario realizar cultivos a repetición durante la gestación una vez se ha tenido uno negativo al inicio de ella.⁷² Sin embargo, en los casos en que se presenta un urocultivo positivo se recomienda repetir el examen una semana después de la terapia para confirmar la curación; si éste es negativo se recomienda urocultivo mensual hasta el parto.

Estudios de laboratorio

Los métodos considerados como tamizaje incluyen el citoquímico de orina convencional que detecta sólo entre el 25 y el 67% de las infecciones encontradas por urocultivo, aunque tiene una especificidad del 97%.

Las alteraciones que se encuentran en el citoquímico son la presencia de 20 bacterias por campo de alto poder en una muestra tomada por micción, o más de dos bacterias por campo de alto poder en una muestra tomada por sonda, así como la presencia de piuria (presencia de más de 5 leucocitos/campo de orina centrifugada o más de 10 leucocitos/campo en orina sin centrifugar), que frecuentemente está acompañada de microhematuria (presencia de 3 ó más eritrocitos por campo de gran aumento en la evaluación microscópica del sedimento urinario en 2 ó 3 especímenes urinarios adecuadamente recogidos).

En la mujer con cistitis no complicada de origen extra hospitalario, en quien se encuentre un citoquímico de orina sugestivo de infección urinaria, no es necesario realizar un urocultivo, excepto en caso de recidiva. Se inicia tratamiento antibiótico

⁷² PATTERSON Thomas M, Vicente Andriole. "Detección, importancia y tratamiento de la bacteriuria en el embarazo". *Infección por la enfermedad Clínicas del Norte de América de 1997*; 11:593-608.

empírico según los estudios de sensibilidad de los microorganismos prevalentes en el área geográfica. La presencia de cilindros leucocitarios es considerada por algunos autores como diagnóstico, pero no se encuentran en todos los casos de pielonefritis.

El Gram de orina es probablemente el mejor método de tamizaje rápido, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 88%.

La presencia de más de 20 células epiteliales por campo de alto poder al citológico sugiere la contaminación de la orina con secreciones vaginales⁷³.

Criterios diagnósticos

El método de diagnóstico es el crecimiento en medios de cultivo de un agente uropatógeno, cumpliendo ciertos criterios:

- a) Micción espontánea: Urocultivo con más de 100.000 unidades formadoras de colonias de un solo agente uropatógeno por mililitro de orina en dos muestras consecutivas de la primera orina de la mañana.
- b) En la práctica clínica se requiere de un solo urocultivo que proporciona una sensibilidad para el diagnóstico del 80% (dos urocultivos dan una sensibilidad del 90%). Dos o más bacterias en un cultivo o la aparición de agentes como el *propionibacterium* o los lactobacilos, generalmente indican contaminación.

Una paciente asintomática con igual o menos de 10.000 bacterias por mililitro tienen un 98% de probabilidades de tener un cultivo negativo al repetirlo.

⁷³ Andriole Vicente T, Thomas F. PATTERSON "Epidemiología historia natural y tratamiento de las infecciones del tracto urinario en el embarazo". *Médico Clínicas de América del Norte* de 1991; 75:359-373.

- c) En muestra obtenida por cateterización este valor puede ser indicativo de infección, con una probabilidad del 50% de que la paciente tenga una verdadera bacteriuria.
- d) Cualquier cantidad de bacterias obtenidas por punción supra púlica es indicativa de infección.

En conclusión debe solicitarse, en caso de sospecha de infección urinaria, el urocultivo e iniciar tratamiento inmediatamente con un esquema que cubra los gérmenes más comunes. Mientras se reporta el resultado del urocultivo, los hallazgos en el citoquímico de orina pueden orientar para iniciar tratamiento⁷⁴.

Diagnóstico diferencial

La vaginitis o la vulvo vaginitis por *Candida* o *Trichomona* pueden producir sintomatología irritativa como disuria, poliuria y tenesmo vesical.

En cuanto a la litiasis urinaria, del 50 al 60% de los cálculos diagnosticados en el embarazo son expulsados solos, sin manejo quirúrgico, cediendo con hidratación, analgésicos sistémicos, y en ocasiones cubrimiento antibiótico.

Cuando se sospecha de la presencia de urolitiasis por el hallazgo de hematuria microscópica, la ecografía no es muy precisa para su diagnóstico, necesiándose a veces urografía excretora (no se deben superar dosis de 3 a 5 Rad.⁷⁵).

⁷⁴ Antonio Lo manto, lo manto Marcela, SÁNCHEZ Jacinto. "Infección urinaria "gestacional. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 1994; 45:101-106.

⁷⁵ • JAMES,R. Steven G. "Ginecología Clínica y Obstetricia". 2002; 45:59-72.

Enfoque general del tratamiento

El tratamiento de la bacteriuria asintomática previene la pielonefritis aguda en el 70–80% de los casos.

Es clara la importancia de mantener la orina estéril durante todo el embarazo, pero aún no hay claridad con respecto a la duración de la terapia inicial, el tipo de antibiótico a usar, el tratamiento posterior a las recurrencias con terapia de supresión antibiótica o con monitoreo de laboratorio continuo y el uso combinado de antibióticos.

La mayoría de las pacientes tratadas apropiadamente tienen respuesta clínica en 48 horas.

El tratamiento ideal debe incluir las siguientes características: espectro antimicrobiano adecuado guiado por sensibilidad microbiológica, alta concentración urinaria, baja concentración en sangre, duración del tratamiento por el menor tiempo posible, efecto mínimo en la flora fecal y vaginal, mínima toxicidad y bajo costo.⁷⁶

Las medidas generales de sostén, en especial en casos de infecciones urinarias altas (pielonefritis), siempre deben tenerse presentes; éstas son: la buena hidratación, el control de otros síntomas como el vómito y el estar alerta ante posibles complicaciones como la sepsis o la respuesta inflamatoria sistémica.

Complicaciones

Las complicaciones deben ser identificadas oportunamente dado que su presencia y manejo tardío incrementan la morbilidad y mortalidad materna, en el feto se ha intentado establecer la relación entre infección urinaria, persistente, no

⁷⁶ BACHMAN John, Robert H Heise, Naessens James, Timmerman Mark G. "Un estudio de las diversas pruebas para detectar infecciones asintomáticas del tracto urinario en una población obstétrica". *JAMA* 1993; 270:1971-1974.

tratada, con efectos en retardo mental y retraso del desarrollo cognoscitivo, enfatizando la importancia del diagnóstico correcto y tratamiento de infección urinaria en la embarazada.

Entre las complicaciones maternas descritas, asociadas a la infección urinaria están:

- Parto pretérmino (6-50 por ciento),
- Ruptura de membranas pretérmino,
- Coriamnionitis subclínica o clínica,
- Fiebre posparto en la madre e infección neonatal,
- Anemia,
- Hipertensión,
- Bacteriemia (15-20 por ciento),
- Shock séptico
- Síndrome de dificultad respiratoria del adulto – SDRA ⁷⁷,

⁷⁷ • JAMES,R. Steven G. "Ginecología Clínica y Obstetricia". 2002; 45:59-72.