



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“Realizado a Adolescente con 33.5 SDG cursando Amenaza de Parto Pretérmino por Pielonefritis Aguda, Adaptado al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson”

Que Para obtener el Título de:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

PRESENTA:

GARCÍA SILVA MARÍA TERESA

No. Cta. 304232486

DIRECTORA ACADÉMICA

E.E.C.V SELENE MONTALVO ÁLVAREZ

OCTUBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional, siendo para mí la mejor herencia.

A mi Madre que es el ser más maravilloso del mundo Gracias por el apoyo moral, su cariño y comprensión que desde siempre me ha brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi Padre por que ha sido para mí un hombre grande y maravilloso y que siempre he admirado Gracias por guiar mi vida con energía, esto es lo que ha hecho que sea lo que soy

Con Amor, Respeto y Admiración

MAYTE

Lic. En Enfermería y Obstetricia

INDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	4
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	6
<i>OBJETIVOS</i>	7
<i>METODOLOGÍA</i>	8
<i>MARCO TEÓRICO</i>	9
<i>La Enfermería</i>	9
<i>Modelo Conceptual de Virginia Henderson</i>	15
<i>Proceso Atención de Enfermería</i>	24
<i>Amenaza de Parto Pretérmino</i>	29
<i>Infección de Vías Urinarias en el Embarazo</i>	40
<i>APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</i>	50
<i>Ficha de Identificación</i>	50
<i>Presentación del Caso clínico</i>	50
<i>Valoración Clínica de Enfermería</i>	53
<i>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN</i>	60
<i>PLAN DE ALTA</i>	94
<i>CONCLUSIONES</i>	99
<i>GLOSARIO</i>	
<i>TÉRMINOS</i>	100
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	102

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la enfermería, quizás como ningún otro grupo profesional ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, la investigación, la formación y gestión en enfermería. Por tal motivo se realizó una revisión de la literatura con la intención de escribir, como abordan distintos autores los conceptos de cuidado, profesión, ciencia y hólismo desde los orígenes de la especialidad así como las condiciones históricas y tendencias filosóficas que influyeron e influyen en la enfermería.

El proceso de enfermería constituye en la actualidad un indicador de profesionalización de identidad y liderazgo para el profesional del cuidado. Se define como un método sistematizado y organizado para dar cuidado basado, en un método de intervención. Consta de cinco etapas que son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La aplicación del proceso en la práctica profesional no es solo un requisito sino obligación y responsabilidad que atiende el deber de ser y hacer de la enfermera (o), por ello es que debe basarse en un modelo o enfoque teórico que lo fundamente y guíe en la aplicación.

La principal persona, objeto de mi Proceso Atención de Enfermería, es la mujer un elemento importante dentro del trabajo de enfermería debido a que por su naturaleza es participe de diferentes etapas a lo largo de su vida, mismas que representan diferentes riesgos para la salud.

En la etapa del embarazo la mujer tiene que permanecer bajo vigilancia por el equipo de salud, el control durante esta etapa permitirá identificar tempranamente riesgos, así como signos y síntomas que pueden traducirse en complicaciones. La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Muchas de estas complicaciones pueden ser prevenibles a través de la identificación del riesgo en forma oportuna, con acciones que competen al personal de salud de los tres niveles de atención.

También se aborda el tema del embarazo adolescente como problema de Salud Pública que genera cambios biopsicosociales en las jóvenes, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de éste, tales como: aborto, parto pretérmino, patologías hipertensivas, rotura prematura de membranas, infección urinaria, patologías placentarias, recién nacido de bajo peso, entre otras.

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal.

Unas de las principales complicaciones de las jóvenes adolescentes es llegar a un parto pretérmino que afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez continua siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. El parto prematuro espontáneo y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérminos; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales. Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar.

Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección del "embarazo de alto riesgo", han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematurez.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realizó en el Hospital General "Dr. Manuel GEA González" en el servicio de Ginecoobstetricia (3er piso) tiene su aplicación en una adolescente de 17 años, primigesta, que cursa con Embarazo de 33.5 SDG por FUM+ Amenaza de Parto Pretérmino+ Pielonefritis Aguda+ Alto Riesgo por edad materna y Producto Pretérmino. Siguiendo el modelo de Virginia Henderson con sus 14 necesidades, se brindan los cuidados de enfermería necesarios para proteger y preservar la salud del binomio madre-hijo.

En este proceso de enfermería, se abordan aspectos conceptuales de enfermería, y etapas del proceso (valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación). El cual cuenta con una visión integrada que permite que la actuación de enfermería sea vista como un proceso de construcción de conocimientos.

En este trabajo se incluyen conclusiones y un plan de alta específico para la adolescente, así como un glosario de términos y la bibliografía utilizada en la realización de este proceso de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

En vista de todas las consecuencias que trae consigo un parto prematuro los cuidados que se desarrollen para evitarlos son importantes, fue por esto que se decidió trabajar con este caso clínico y enfocar en este trabajo los cuidados de enfermería.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realiza por el interés que surgió durante el servicio social en el Hospital General “Dr. Manuel GEA González” en el servicio de Ginecología (3er piso) detectado a una joven de 17 años embarazada con 33.5 SDG por FUM+ Amenaza de Parto Pretérmino+ Pielonefritis Aguda+ Alto Riesgo por edad. Es en este momento donde surge el interés por el conocimiento de los cuidados a la persona con diversas necesidades alteradas. El contenido temático de este Proceso de Atención de Enfermería permitirá, especificar el papel que tiene el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en un segundo nivel de atención en el tratamiento, estabilización y plan de alta de la persona.

Aunque se considera que el embarazo es un proceso normal, en muchos momentos surgen eventos que lo ponen en riesgo o incluso impiden que llegue a feliz término, por esta razón es que la intervención oportuna del profesional de salud cobra relevancia en la detección e identificación de factores de riesgo para detectar los límites entre salud y enfermedad durante el embarazo y el parto.

Estableciendo planes de cuidado que den fundamento científico de las acciones de enfermera obstetra; el profesional de enfermería al aplicar el proceso enfermero reflexiona sobre el cuidado y la relación de ayuda al individuo, familia o comunidad, le permite intervenir en prevención de riesgos detectando oportunamente los factores de riesgos que son modificables al 100% por la persona, logrando mejorar la respuesta a sus problemas reales y potenciales, a través de brindar una atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas, disminuyendo de esta forma los altos porcentajes de mortalidad/perinatal.

El Proceso Atención de Enfermería delimita el campo de acción específico de la enfermería, siendo éste un elemento indispensable de identidad profesional. El Proceso Atención de Enfermería genera autonomía y liderazgo; permitiendo al profesional de enfermería reconocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propiciando así el crecimiento profesional de la disciplina.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Integrar los conocimientos académicos obtenidos durante la formación profesional para elaborar el Proceso Enfermero con base en el modelo de Virginia Henderson a una joven de 17 años embarazada con 33.5 SDG por FUM+ Amenaza de Parto Pretérmino+ Pielonefritis Aguda+ Alto Riesgo por edad materna y Producto Pretérmino; con la finalidad de identificar las necesidades de dependencia y así brindar atención integral al binomio durante su estancia en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Objetivos Específicos:

- Comprender e identificar las necesidades alteradas en la persona para emitir diagnósticos de enfermería a través de la taxonomía NANDA.
- Desarrollar un plan de cuidados basados en los diagnósticos identificados ejecutar y evaluar los cuidados otorgados a la persona.
- Proporcionar la mejor calidad en los cuidados de Enfermería durante su estancia hospitalaria.
- Detección de prevención de posibles complicaciones durante la hospitalización.
- Adquirir habilidades, destrezas y criterios para el manejo de la paciente en Amenaza de Parto Pretérmino por Pielonefritis Aguda.

METODOLOGÍA

LUGAR: El Proceso de Atención de Enfermería se llevo a cabo en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en el servicio de Ginecología Hospitalización (3er piso).

TIEMPO: La elaboración de este trabajo se llevo del día 19 de septiembre hasta el 27 de septiembre del 2012

UNIVERSO: El Proceso de Atención de Enfermería se llevo a cabo en una joven de 17 años embarazada con 33.5 SDG por FUM+ Amenaza de Parto Pretérmino+ Pielonefritis Aguda+ Alto Riesgo por edad materna y Producto Pretérmino, ubicada en el servicio de Ginecología Hospitalización (3er piso).

El presente proceso se diseño eligiendo una joven de 17 años embarazada con 33.5 SDG por FUM+ Amenaza de Parto Pretérmino+ Pielonefritis Aguda+ Alto Riesgo por edad materna y Producto Pretérmino posteriormente se realiza la valoración mediante la colección de datos relacionados con el estado de salud actual de la embarazada y de sus antecedentes clínicos, así como su adaptación al nuevo rol: mediante la observación, la comunicación verbal y no verbal y factores ambientales.

Se realiza la valoración mediante la colección de datos relacionados con el estado de salud actual de la embarazada y de sus antecedentes clínicos, así como su adaptación al nuevo rol: mediante la observación, la comunicación verbal y no verbal y factores ambientales.

La recolección de datos se realiza durante la estancia hospitalaria, en dos etapas durante la primera etapa se realiza la historia clínica de enfermería y en la segunda etapa se lleva a cabo la exploración física.

A partir de esta valoración se detectan diagnósticos de enfermería de las necesidades basados en el instrumento de Virginia Henderson, con ello se inicia el desarrollo de plan de cuidados de enfermería donde se plantean objetivos basados en los diagnósticos detectados, posteriormente se realiza la evaluación de los mismos.

MARCO TEÓRICO

La Enfermería

La historia muestra que los enfermos recibían cuidados mucho antes que la enfermería se convirtiera en una ocupación organizada; hasta finales del siglo pasado, en el mundo occidental casi siempre eran los miembros de la familia o del personal doméstico quienes cuidaban a los enfermos dentro de sus hogares, los hospitales sólo se usaban para pobre o enfermos mentales. La familia es el servicio del cuidado de salud más antiguo y todavía el más usado en el mundo. En la actualidad, los pacientes se dan de alta de los hospitales en cuanto la familia puede cuidar de ellos.¹

El desarrollo del conocimiento enfermero ha sido influenciado por las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo. Varias teorías de enfermería, entre ellas Newman han identificado tres paradigmas que han influenciado a la disciplina.²

Categorización: Florence a finales del siglo XIX y principios del XX. El desarrollo del conocimiento es hacia la búsqueda de leyes universales, en el área de la salud se busca la relación causal de la enfermedad. Se identifican dos orientaciones en la enfermería; hacia la salud pública y hacia la enfermedad, en donde la persona es vista como un ser fragmentado y no se le toma en cuenta para su tratamiento. La enfermería se vincula con la medicina. Los cuidados se enfocaban hacia los problemas de la enfermedad, las deficiencias o las incapacidades de las personas. Intervenir significa “hacer para” las personas, a quienes se considera pasivas y bajo la responsabilidad de los expertos de la salud.

Integración: tiene auge entre los años de 1950 y 1975. Prolonga el paradigma de la categorización al reconocer los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrarlo al contexto que se ubica. Se reconoce la disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. El cuidado se orienta a mantener la salud de la persona en sus áreas biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. Intervenir significa “actuar con” ésta, para satisfacer sus necesidades. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. El entorno está constituido por varios contextos: histórico, social, político y económico.

Transformación: surge a partir de los años 70´s. Según este paradigma un fenómeno es único y puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca simultánea con una unidad global más grande. El ser humano tiene múltiples dimensiones que forma una unidad. La salud es una

¹ Roper, Logan y Tierney. Modelo de Enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 3ª edición. México, D.F; 1993, p. 3.

² Kerouac S; Arque B.M. El Pensamiento Enfermero. Ed. Masson. Barcelona; México, 1996. Pp. 3-38.

experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. El cuidado va dirigido al bienestar de la persona como ésta lo define. Intervenir significa “estar con” la persona a quien se acompaña en sus experiencias de salud considerando sus valores culturales, creencias y convicciones.

Sin embargo, a pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos médicos que se han realizado en este siglo, el paradigma que más prevalece en el sistema de salud es el de categorización. Esto se hace evidente en el sistema de salud donde la enfermera ocupa un lugar estratégico siendo el vínculo entre los procedimientos técnicos que dependen del padecimiento y el mantenimiento de las funciones vitales y mentales del paciente. El rol enfermero se centra en la complejidad de los procedimientos, las técnicas y el manejo de tecnología biomédica y no así en el cuidado del individuo que solicita sus servicios.³ En este sentido, a la enfermera se le ha contemplado como la ayudante, la colaboradora o la mano derecha del médico; y la sociedad, así como los miembros del equipo de salud no han reconocido su labor esencial, su forma única de profesión.

Sin embargo, el rol profesional de la enfermera va más allá y se hace patente en las diversas definiciones que han hecho dirigentes enfermeros, organizaciones internacionales y legislativas según sus funciones propias.

En 1858, Florence Nightingale, en sus notas de enfermería (Notes on Nursing-What it is not) definió por primera vez la **enfermería** como “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación” y a la **enfermera** como “la encargada de la salud personal de alguien... y lo que la enfermera tiene que hacer... es poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Nightingale elevó el prestigio de esta profesión a través de la educación. Las enfermeras ya no eran amas de casa sin formación, sino personas capacitadas en el cuidado de los enfermos.⁴

En 1979, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa publica un “Documento Básico sobre Enfermería” en el que expresa que: “La enfermería es una actividad innata fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La

³ Kerouac S; Arque B.M. op. cit, pp. 3-38.

⁴ Kozier, et. al. Fundamentos de Enfermería, concepto, procesos y práctica. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 7ª edición. Madrid, España, 2005. P. 6.

enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina.⁵

También en ese mismo año, la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing, Diagnostic Association, NANDA) definió la enfermería y estableció el alcance de la práctica de la enfermera. El resultado final de los esfuerzos de la NANDA fue la publicación de "Nursing: A Social Policy Statement (1980)". La definición presentada en ese documento reflejaba la evolución histórica de la profesión y su base teórica: "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales".⁶

Para la mayoría de las (os) enfermeras (os) todavía es difícil definir el rol de su profesión, ya que a veces desvían el cuidado del enfermo hacia el manejo tecnológico de las patologías, asumen roles profesionales diferentes y se olvidan de que enfermería se encarga de brincar cuidados psicosomáticos y sociales para mantener, promover, proteger y reanudar la salud de la persona que solicita nuestros servicios con los conocimientos, técnicas y procedimientos que le son propios y únicos a la profesión.

Las respuestas humanas son los fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. Estas se han descrito como las respuestas de los individuos, de las familias o de las comunidades a la interacción con su entorno. El profesional de enfermería se centra en dos tipos de respuesta:⁷

1. Reacciones de los individuos y los grupos ante los problemas reales de la salud (respuestas restauradoras de la salud), como es el efecto de la enfermedad (tanto sobre uno mismo como sobre la familia) y las necesidades de autocuidados.
2. Preocupaciones de los individuos y grupos sobre los potenciales problemas de salud (respuesta de mantenimiento de la salud), como el control y la educación en poblaciones o comunidades de riesgo en las que plantean necesidades de educación en cuanto a información, desarrollo de habilidades, actitudes orientadas a la salud y cambios de conducta relacionados. (NANDA, 1980).

Es decir, el profesional de enfermería no solo trata la respuesta del individuo ante los problemas de salud, sino también las conductas saludables. Estas respuestas humanas son de naturaleza dinámica y cambian a medida que el individuo o la familia progresan a lo largo de la continuidad ante la salud y la enfermedad. Las respuestas humanas son diversas y de naturaleza variable ya que cada persona es un individuo exclusivo y la

⁵ Comisión Asesora en Cuidados y Desarrollo Profesional Hospital Regional Universitario Carlos Haya.(CACDPHRUCH) Manual para el correcto manejo de planes de cuidado. Consulta: 13/octubre/2012. Disponible en:

<http://www.carloshava.net/denfermeria/media/Cuidados/Manual%20planes%20cuidados.pdf>.

⁶ Iyer, P. W; et. al. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2ª edición, México, D.F; 1995. Pp.2-3.

⁷ Iyer, P. W; et. al. Op cit. 1995. Pp.3-4.

respuesta al problema de salud o al potencial del problema de salud será un reflejo de la interacción del individuo con el entorno.⁸

Por otra parte, el Comité consultivo para la formación de enfermeras de la Unión Europea hace referencia al rol, las funciones y responsabilidades de las enfermeras establecidas por el consejo de Europa, destacando que las “enfermeras desempeña cuatro tareas principales”.⁹

1. Garantizar los cuidados generales a individuos, familias y comunidades, ya sea en el plano de fomento de la salud, de la prevención, de la cura, de la rehabilitación, de los cuidados paliativos o de la ayuda, y a gestionar los cuidados de enfermería.
2. Actúan en calidad de expertos en cuidados de enfermería en el marco de un equipo de asistencia multidisciplinar y en la sociedad.
3. Educar al personal sanitario, a los usuarios y a sus familias.
4. Desarrollan la práctica de los cuidados de enfermería mediante la reflexión crítica y se apoyan en la investigación.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención.¹⁰ Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

Cabe señalar que hasta el año 2005 la ley de profesiones en nuestro país dejó de clasificar a la enfermería como un oficio y la reconoce como una profesión. Hecho por el cual han luchado las enfermeras de México y buscando el reconocimiento de sus capacidades y conocimientos adquiridos en la práctica del cuidado del individuo.

Por definición **Profesión** es la acción y el efecto de profesar e indica el compromiso con principios y teorías científicas, a los cuales se profesa un efecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional, el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones. El profesional decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar.¹¹ Por otro lado es importante mencionar que la enfermería también es una **disciplina**, la cual está definida como el conjunto de normas para mantener el orden entre los miembros de

⁸ Iyer, P. W; et. al. Op cit. 1995. p. 4.

⁹ CCFI (Comité consultivo para la formación de enfermeras de la Unión Europea). Informe y recomendaciones sobre la formación de las enfermeras responsables de cuidados generales de la Unión Europea (XV/E/9432/796-ES, Bruselas 10 de octubre de 1997).

¹⁰ Marriner A. Modelos y teorías de enfermería . Ediciones Rol; 1ª edición. Barcelona, España, 1989. p. 305.

¹¹ Roper, Logan, Tierney, op. cit. p. 4.

un grupo.¹² Por tanto, la enfermería es una disciplina profesional con área de conocimiento propia, lo que implica la posibilidad de desarrollo e investigación.

Muchas son las teorías que señalan el rol profesional de la enfermera en la sociedad y ha sido difícil definir los elementos de la enfermería de manera absoluta cuando cambian las necesidades y demandas sociales, y más aún cuando la frontera entre la salud y la enfermedad no están clara. Es por ello que desde inicios de la II Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación buscando crear un marco conceptual que le sea propio, es de ahí que nacen las Teorías de Enfermería.

Una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interacciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación. La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional.¹³

Las teorías tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer, dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado de conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas. Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes: 1) su propia educación, 2) su experiencia, 3) la observación, 4) la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y 5) los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.¹⁴

Las teorías sirven de guía en los proceso de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración. La organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.¹⁵

A pesar del reconocimiento antiguo de Nightingale sobre la necesidad de la mezcla de habilidades intelectuales y prácticas, parece que la enfermería conserva la orientación hacia la parte manual. Como consecuencia, gran parte de la disciplina se limita a un nivel técnico, más que al desarrollo de manera simultánea de un nivel teórico en el cual se base su práctica. De ello surge el interés en los modelos de enfermería.¹⁶

¹² Diccionario Enciclopédico ilustrado y práctico. Ed. Norma. México, D.F; 1999.

¹³ Griffit JW, Christensen P. J. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Ed. El Manual Moderno; México, D.F; 1986. p. 6.

¹⁴ Roldan A. T; Fernández M. S. Proceso de Atención de enfermería. Consulta: 13/octubre/2012. Disponible: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>.

¹⁵ Marriner A. op. cit. p. 305.

¹⁶ Roper, Logan y Tierney. Op.cit. p. 10.

Etimológicamente **Modelo** significa simulación (concreto), ideal o imagen (abstracto), puede verse de forma diagramática y es posible arreglarlo y reordenarlo en la mente. Se compone de partes que se simbolizan con una palabra o un grupo de ellas y representan una amplia variedad de actividades. También indica la relación entre las partes.¹⁷

Riehl y Roy (1980) definen el Modelo de Enfermería como: "...un grupo de conceptos cosntruidos en forma sistemática, con bases científicas y una relación lógica, que identifica los componentes esenciales de la práctica de enfermería junto con las bases teóricas de dichos conceptos y los valores que el practicante requiere para su uso..."¹⁸

No obstante, los modelos no son inalterables; en realidad se construyen con el conocimiento de que en esencia serán la base de razonamientos posteriores acerca de la disciplina. Conforme se producen teorías nuevas, científicas, aceptables, que expliquen las prácticas en observación, el modelo se modifica, mejora, aumenta e incluso reduce como debe ser si ya no es útil.¹⁹

Podemos decir que los modelos conceptuales de enfermería son las representaciones formales de las imágenes privadas de los profesionales consistentes en los conceptos que identifican los componentes esenciales de la disciplina, muestran las relaciones entre los conceptos y pueden introducir teorías ya establecidas de otras áreas que aplican en el contexto de enfermería.

Existen varios modelos de enfermería con los que se pueden trabajar el cuidado de las personas pero he, elegido el modelo de Virginia Henderson por varias razones:

- Ⓢ Es el modelo más conocido por los profesionales e internacionales de enfermería.
- Ⓢ Es coherente con nuestra práctica asistencial.
- Ⓢ Es una teoría abierta, flexible, y permite aportaciones.
- Ⓢ Contempla el papel independiente de la enfermera y el de colaboración.
- Ⓢ Propone un proceso enfermero como método de trabajo y
- Ⓢ Permite utilizar la taxonomía de la NANDA.

¹⁷ Marriner A, op cit. p. 305.

¹⁸ Roper, Logan y Tierney. Op. cit. p. 11.

¹⁹ Griffit JW, Christensen PJ. Op. cit. p. 6.

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolló un enfoque conceptual influenciado por la corriente de la integración según Meleis (1997) y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de ésta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E. H. Erikson y J. Piaget) para conceptualizar la persona y porque aclara la función propia de las enfermeras.²⁰

Con su trabajo intentó responder la pregunta “¿qué hacen las enfermeras?” y determinan en que se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud.²¹

FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

Henderson fue una de las primeras autoras que intento aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 y su definición de la misma es tal vez la que mejor se conoce a nivel mundial donde señala: “La única función de una enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, para realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que él mismo realizaría si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Además, lo ayudará a ganar independencia tan rápido como sea posible.” (Henderson 1969)²²

EL MODELO CONCEPTUAL

De acuerdo con este modelo, la **Persona**²³ es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

En la realidad práctica nombramos a la persona que solicita nuestros servicios: paciente; en clínicas privadas ya se les nombra clientes o consumidores, que puede ser para muchas indistinto y para otras una forma de identificación que no encaja con el cuidado holístico y personalizado que separe los niveles sociales y culturales de cada persona atendida, y que la forma del cuidado sea independiente de los recursos que tenga uno u otro individuo. Es por ello que a juicio personal realizo la siguiente reflexión sobre los destinatarios de los cuidados de enfermería a los cuales desearía nombrarles de la forma más correcta apegada a las definiciones de cada uno de los objetivos comúnmente usados sin afectar los cuidados de la persona que atendemos.

²⁰ Kozier Bárbara, et. al. Op. cit. p. 5.

²¹ Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Ed. Masson. 2ª edición. Madrid, España. 2000. p 33.

²² Roper, Logan y Tierney. Op.cit. p. 13.

²³ Kozier Bárbara, et. al. Op. cit. p. 8.

Un **Consumidor**²⁴ es un individuo, un grupo de personas, o una comunidad que utiliza o un servicio o un producto. Las personas que utilizan productos o servicios sanitarios son consumidores de una asistencia sanitaria y pagan por ello.

Un **Paciente**²⁵ es una persona que esta esperando recibir o está recibiendo tratamiento y cuidados médicos. La palabra paciente deriva de la palabra latina que significa “sufrir” “soportar”. En general, el equipo de salud convierte a la persona en paciente cuando busca asistencia médica como consecuencia de una enfermedad. Muchos profesionales de la salud piensan que la palabra paciente implica una aceptación pasiva de las desiciones y cuidados de los profesionales sanitarios, que debe soportar los procedimientos, que debe esperar el tiempo necesarios y a veces más, y que además no se le llame por su nombre, puede ser el paciente de la cama X o el paciente de la enfermedad Y.

Un **Cliente**²⁶ es una persona que requiere los consejos o los servicios de otra que está calificada para proporcionarlos, como lo es un profesional. En este caso el cliente sanitario requiere de los servicios del profesional de enfermería. El cliente es visto en nuestra época como alguien que puede pagar servicios costosos y puede exigir la mejor atención. En los cuidados de enfermería no necesariamente debe ser un cliente quien deba exigir y pueda pagar este servicio, la atención es siempre de la misma calidad independientemente del nivel social de cada persona que solicita los servicios profesionales.

Por otro lado, el término **persona**²⁷ en el idioma español hace referencia al individuo de la especie humana (hombre o mujer) cuyo nombre o identidad se omite.

Un **Usuario**²⁸ es la persona que utiliza habitualmente un servicio, sirviéndose de algo o alguien para un fin preciso y que se le atiende de forma personal sin omitir en ningún momento su identidad. Es por ello y debido a que todavía el profesional de enfermería utiliza comúnmente el término paciente y rehúsa nombrar al destinatario de nuestros cuidados como cliente, en el presente trabajo hablaré de la persona a quien van dirigidos nuestros cuidados por el de usuario y de forma individual llamar por su nombre a la persona a quien van dirigidos los cuidados durante el desarrollo de este Proceso de Atención de Enfermería.

Con relación al **Entorno**, aunque no está claramente definido, aparece en los escritos de Henderson en 1969²⁹ como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes

²⁴ Diccionario Enciclopédico ilustrado y práctico. Ed. Norma. México, D.F; 1999.

²⁵ Diccionario Enciclopédico ilustrado y práctico. Op. cit.

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ Kozier Bárbara, et. al. Op. cit. p. 8.

(Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

El **Rol Profesionales** un servicio de ayuda enfermero y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta para que logre su independencia mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente.³⁰

La Salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.³¹

POSTULADOS³²

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando la persona no tiene una necesidad satisfecha no es un todo, no es independiente.

Es interesante destacar que estos postulados refieren únicamente el concepto de persona, lo que puede deberse al especial interés por destacar una visión integral del ser humano en contra de la idea dominante entre el cuerpo y la mente.

VALORES³³

1. La enfermera tiene una función propia aunque comparte actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no cualificado.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional pueda darle.

Los tres valores hacen referencia exclusiva al rol profesional, marcando los límites entre la medicina y la enfermería.³⁴

³⁰ Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p. 33.

³¹ Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p. 33.

1. ³² *Ibíd.* p. 33-34.

³³ CACDPHRUCH. op. cit.

³⁴ Griffit JW, Christensen PJ. Op. cit . p. 6.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO.³⁵

El **Objetivo** de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

El **Usuario** del Servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

El **Rol Profesional** es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos internos y externos.

La Fuente de Dificultad que en este modelo recibe el nombre de área de dependencia, está relacionado con los conocimientos, la fuerza o la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

**Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externo disponible, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

**La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos la persona debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera

**La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

³⁵ Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p. 34-35.

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA³⁶

En **centro de intervención** de la enfermería son las áreas de dependencia, es decir, saber qué hacer y cómo (conocimiento), poder hacer (fuerza), o querer hacer (voluntad).

Los **modos de intervención**: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

CONCEPTOS³⁷

En este apartado se incluye la definición de las necesidades, los cuidados básicos, la independencia, la autonomía, el agente de la autonomía asistida, los datos de dependencia, independencia y los que deben considerarse.

Las **necesidades humanas**: para Henderson el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

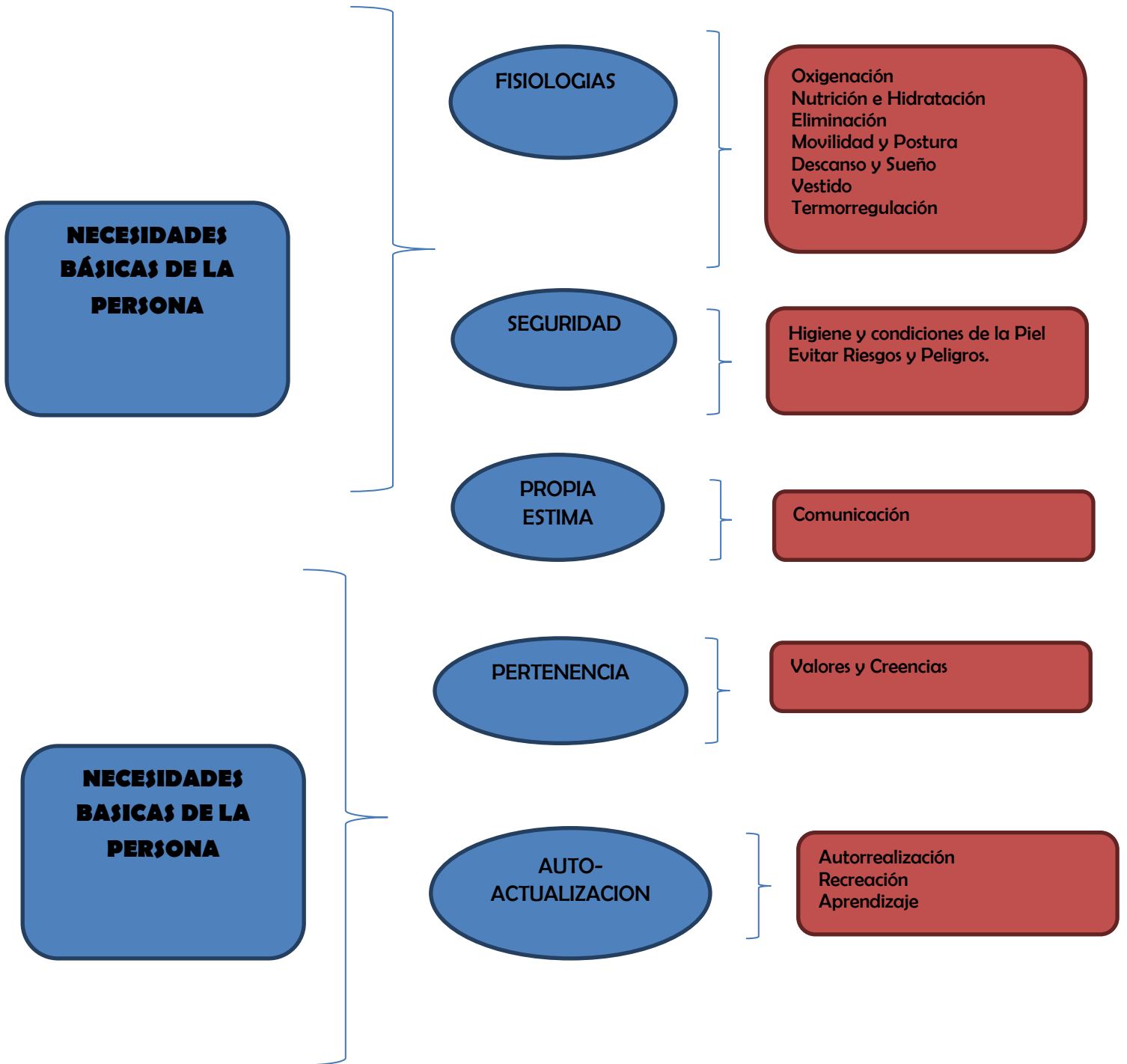
Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, choque, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social, la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus 14 necesidades.³⁸

³⁶ Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p. 35.

³⁷ Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V. 2000. op. cit. p. 36-38.

³⁸ Riopelle L; et al. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1ª edición. Madrid, España. 1993. pp. 5-45.



Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad: universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

Cuidados Básicos: derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonadas y teóricamente sólidas, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.

Independencia: es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si ésta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

Dependencia: desarrollo insuficiente e inadecuado de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y/o voluntad.

Autonomía: es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de Autonomía asistida (AAA): con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa, que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

Falta de autonomía vs falta de fuerza: la diferencia entre una y otra es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidad porque sólo las ha perdido por un tiempo).

Manifestaciones de independencia: son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala.

Manifestaciones de Dependencia: son las acciones incorrectas, inadecuadas o insuficientes que realiza la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo, situación de vida y de salud.

Datos que deben considerarse: son aquellos datos que son relevantes para la planificación del cuidado. Estos datos pueden referirse tanto al usuario como al entorno, y varían de una persona a otra.

Cuidados enfermeros: se caracterizan por tener una dimensión holística (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual); sustentado por el conocimiento científico y definido mediante los procesos de interacción (relación interpersonal terapéutica, mediante la educación a la persona, familia o grupo) y la transición (apoyo a los cambios de la persona debidos al desarrollo, crecimiento, enfermedad o cualquier otra situación que por el proceso de interacción con el entorno genere un cambio). El cuidado enfermero se define con el término “estar con el paciente”, el profesional acompaña a la persona en sus experiencias de salud. El profesional y el paciente colaboran en los cuidados, por los que los cuidados son individualizados.³⁹

Hasta estas líneas se pone en evidencia la potencialidad de nuestra disciplina, buena parte de ella aún por andar, y la necesidad para ello de emplear un método de trabajo propio, un lenguaje diferenciado y unos registros que den muestra de ello; el método no es otro más que el proceso enfermero, el lenguaje, la taxonomía utilizada internacionalmente y los registros, aquellos que satisfagan nuestras necesidades como profesionales de reflejar todas las intervenciones y acciones en el cuidado.⁴⁰

Los registros suponen hacer tangible, reconocible y cuantificable buena parte de nuestra aportación profesional, pero nos encontramos ante profesionales de enfermería con escasa tradición de registro de los acontecimientos, con un escaso conocimiento de la taxonomía y con dificultad del soporte escrito.

³⁹ CACDPHRUCH. op. cit.

⁴⁰ Luis Ma. T. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Ed. Mosby/Doyma, 3ª edición. Madrid, España, 1996.p. 249.

El proceso de pensamiento crítico permite a la enfermera realizar los cuidados individualizados, y tomar decisiones sobre los resultados que desea obtener, así como las intervenciones necesarias para lograrlos. No obstante, a menos que la enfermera pueda documentar su pensamiento de forma que pueda ser interpretado por otras enfermeras y otros profesionales de salud, este proceso es invisible. Denominar exactamente e informar de los resultados del pensamiento crítico de la enfermera ayuda a que otros cuidadores conozcan las necesidades de la persona cuidada y cómo éstas serán satisfechas mediante el plan de cuidados. El uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva de lograr el entendimiento interdisciplinario, es por ello que la utilización de un método de trabajo y un lenguaje propio, sea cuanto antes, una realidad cotidiana en la práctica asistencial de nuestro entorno.⁴¹

⁴¹CACDPHRUCH. op. cit.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.⁴²

Evolución histórica del proceso de atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería ha pasado por diferentes momentos de desarrollo hasta concebirse tal y como hoy se entiende.

Durante la década de los cincuenta a los sesenta, se configuró de acuerdo a un esquema conceptual cuyo procedimiento incluía las etapas de análisis, síntesis y ejecución.⁴³ Otras investigadoras, utilizando estos conceptos, otras fuentes y sus propios resultados operacionales, identificaron las etapas de análisis, interferencia, validación, valoración, acción y evaluación, considerando la valoración como la etapa resumen de los problemas del paciente. A finales de los años sesenta es cuando aparece el primer texto que describe el proceso en cuatro etapas: valoración, planeación, realización y evaluación, conformando una estructura que será la génesis de la actual.

A partir de mediados de los años setenta, ya se empieza a hablar de diagnósticos como la fase clave del Proceso de Atención de Enfermería y se comienza a definir y a clasificar los problemas independientes, específicos, del campo profesional. Es entonces cuando algunos autoras entre las que destacan Roy, 1976; Aspinall, 1976 y otras, incluyen la fase diagnóstica en las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, considerando las cinco etapas que se conocen en la actualidad: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Con ello se dio un paso importante, ya que el diagnóstico fue el elemento fundamental que revolucionó el Proceso de Atención de Enfermería, añadiendo los recursos que sirvieron para unificar y configurar un lenguaje científico común y definir los problemas que tratan las enfermeras de acuerdo con su ámbito exclusivo de responsabilidad.

CARACTERÍSTICAS

- Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de paciente, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.
- Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de los resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

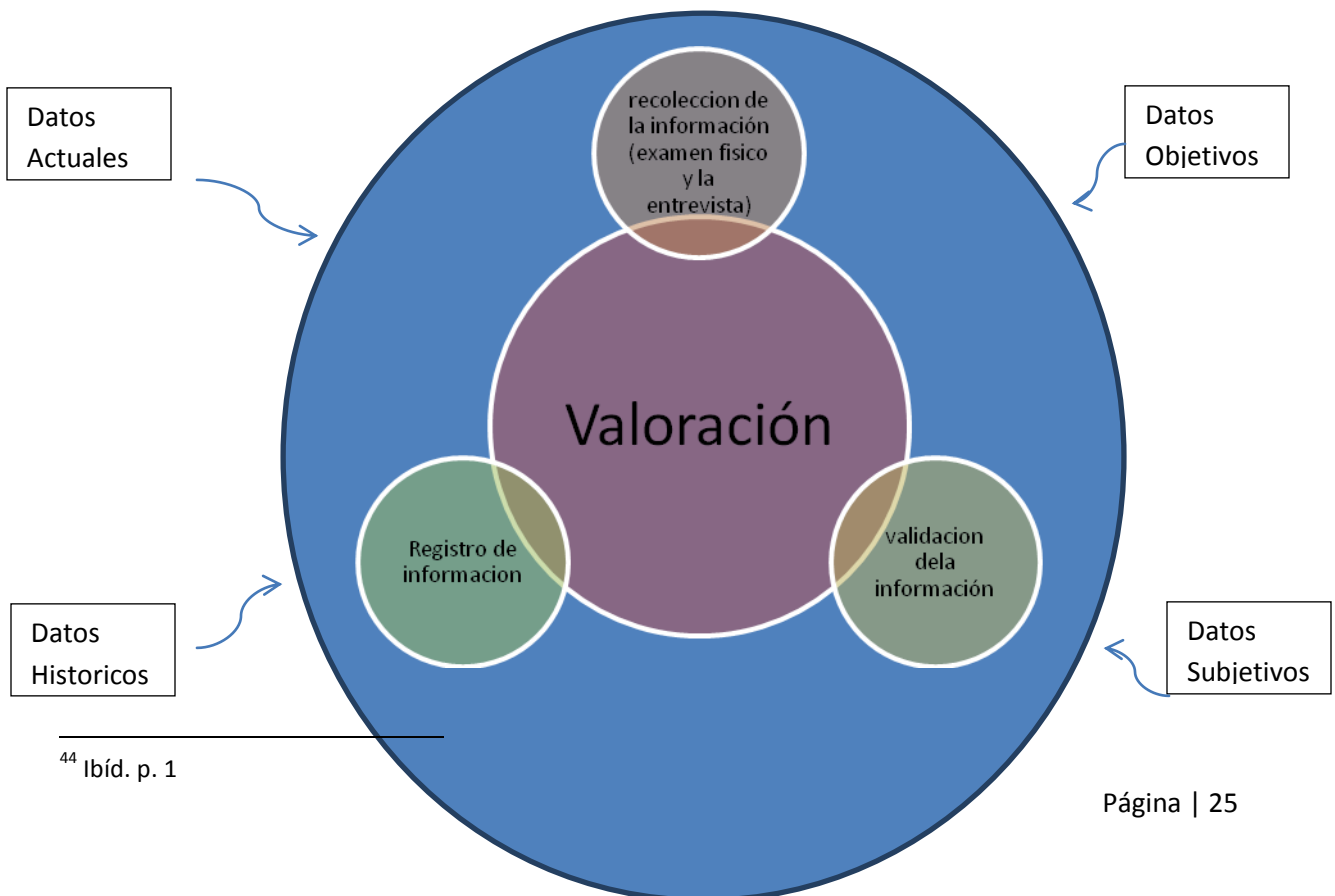
⁴² Rodríguez Berta. Proceso Enfermero, aplicación actual.: Ed. Cuellar 2ª ed. México; 2000.

⁴³ Fernández, Fermín Carmen. Enfermería Fundamental. Ed. Masson. Barcelona, 2000. pp. 202.

- Es humanista por considerar al ser humano como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del paciente y el de la propia enfermera (o).
- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del ser humano.
- Es flexible porque puede aplicarse a los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) paciente (s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica. Por otra parte el proceso compromete al paciente, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

El proceso consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una conduce a la siguiente.⁴⁴



⁴⁴ Ibíd. p. 1

DIAGNÓSTICO.

Es la segunda etapa del proceso y constituye una “función intelectual compleja”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del paciente, familia y comunidad, así como los recursos existentes (capacidades).⁴⁵

Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.⁴⁶

El **diagnóstico enfermero real**. Responde la respuesta actual de una persona, una persona o una comunidad gozan de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede alcanzar un nivel mayor.

El **diagnostico enfermero de riesgo (potencial)**: describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerable, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoyan en los factores de riesgo (etiología).

El **diagnostico enfermero de salud**: es un diagnostico real que se formula cuando la persona, familia p comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede alcanzar un nivel máximo.

Para redactar un diagnostico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnosticas de la NANDA, previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiqueta diagnostica), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales; y los datos objetivos (características definitorias), son las evidencias de que el problema existe.

PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero, que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo.⁴⁷

⁴⁵ Ibíd. p. 1

⁴⁶ Ibíd. p. 5

⁴⁷ Kozier, et. al. Fundamentos de Enfermería, concepto, procesos y práctica. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 7ª edición. Madrid, España, 2005.

Los pasos para realizar la planeación son:



1. Establecer prioridades
2. Determinar acciones de enfermería.
3. Documentar el plan de cuidados.

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.⁴⁸ Los pasos de la ejecución son:



- Preparación
- Intervención
- Documentación

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.

⁴⁸ Ibíd. p.1.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan al decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del paciente, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.⁴⁹

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detecta posibles fallas y proceder a corregirlas.⁵⁰

⁴⁹Riopelle L; et al. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1ª edición. Madrid, España. 1993. pp. 5-45.

⁵⁰ Ibíd. pp.5-45.

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

DEFINICIÓN

Según la OMS, es el parto que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas. La **Amenaza de Parto Pretérmino** se define como las contracciones que ocurren a esta edad gestacional y que se acompañan de cambios cervicales. Aunque no es una definición aceptada por todos, la usaremos en este trabajo, la amenaza de parto Pretérmino es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en 10 minutos, de 30 segundos de duración con borramiento del cuello del 50% y una dilatación igual o menor a 3 cms.

Trabajo de parto Pretérmino: dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm. También llamado parto Pretérmino establecido cuando la dinámica uterina es mayor. Para un diagnóstico más adecuado y preciso se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractibilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mm de Hg permanentemente y la aparición de las contracciones de ‘ ‘Braxton-Hicks’ ’ de baja frecuencia e intensidad 10 a 15 mm de Hg que se hace en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo hasta lograr preparar el útero, el segmento y el cuello, para el inicio del trabajo de parto.

EPIDEMIOLOGIA

En América Latina el bajo peso al nacer, representa aproximadamente el 10-15% de todos los nacimientos y en promedio, el 55% corresponden a gestaciones pretérminos. La prematuridad se asocia con síndrome de membrana hialina, hemorragia intraventricular, y enterocolitis necrotizante. A pesar de la prevención y los tratamientos modernos su incidencia no ha cambiado en las últimas décadas. El parto pretérmino es responsable del 75% al 83% de la mortalidad neonatal en recién nacidos sin malformaciones congénitas y del 50% de los niños con secuelas neurológicas.

ETIOLOGÍA

En la actualidad se acepta que el parto prematuro es multifactorial, ocurre porque se reúnen una serie de factores desencadenantes y es preciso analizarlos y tenerlos en cuenta cuando la gestante ingresa al control prenatal y en cada visita para detectarlos precozmente. La etiología del parto pretermo puede ser de causa materna, uterina, inherente al embarazo o iatrogénica. El 30% de los partos Pretérminos no se encuentra la causa. En 20 a 30% se encuentran factores asociados a infección intrauterina.

Dentro de las causas maternas están la preeclampsia, las complicaciones abdominales no obstétricas como apendicitis y colecistitis, las enfermedades sistémicas, los traumatismos y la drogadicción. Son causas de etiología uterina la incompetencia cervical, la miomatosis y las malformaciones congénitas. La infección cervicovaginal y la corioamnionitis son uno de los principales factores desencadenantes de APP, los organismos más frecuentemente asociados son: *Ureaplasma urelyticum*, *Micoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, *Peptoestreptococcus* y *Bacteroides species*, *Chlamydia trachomatis*.

Infecciones extrauterinas maternas están presentes en el 5 a 10% de los APP, especialmente IVU. Las malformaciones congénitas del útero y el cuello son el 1 a 3%.

Un 20 a 30% de los partos preterminos son iatrogénicos o indicados y usualmente tiene una etiología única y clara, a diferencia de los partos preterminos espontáneos que son multifactoriales, en el PP indicado las causas más frecuentes son: Preeclampsia (42%), Sufrimiento fetal (26,7%), Retardo de crecimiento intrauterino (10), y abruptio de placenta (6,75). Los factores asociados con PP indicado son: Edad materna mayor de 35 años, IVU, y antecedente de feto muerto.

Los factores asociados con Parto Pretérmino espontáneo son: edad materna menor de 17 años, Bajo peso materno, multiparidad, fumadoras, sangrado vaginal y parto pretérmino previo, embarazo múltiple.

FACTORES DE RIESGO

En la actualidad se acepta que el parto prematuro es multifactorial, ocurre porque se reúnen una serie de factores desencadenantes.

Muchas veces es imposible llegar a saber exactamente cuál es el motivo para el desencadenamiento del parto prematuramente o se produzca una rotura prematura de bolsa, pero sí se conocen algunas causas que pueden predisponer al parto prematuro que pueden evitarse. A continuación hablaremos de cada una de ellas:

FACTORES DE RIESGO	
Enfermedades Maternas	Las enfermedades de origen materno son las más frecuentes y se pueden citar infecciones de las vías urinarias, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas y alteraciones tiroideas no tratadas
Enfermedades propias del embarazo	La preeclampsia 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 de permanecer dentro del útero, corre riesgos mayores que la misma prematurez.
Factores Uterinos	Las causas propiamente uterinas pueden ser miomas uterinos, cuello uterino incompetente, mala implantación de la placenta, malformaciones del útero y útero bicorne también pueden ser factores importantes.
Factores estacionales	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 fetales 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 prematurez y también con bebés de peso inferior al adecuado (retraso en el crecimiento intrauterino).

FISIOPATOLOGÍA

Infección intrauterina y síndrome de respuesta inflamatoria fetal

En la corioamnionitis los gérmenes pueden colonizar el útero a través de la vía ascendente, por la vía hematogena o linfática y por las tubas uterinas. Dentro de la serie de eventos que suceden para que la infección corioamniótica inicie el trabajo de parto pretérmino esta la respuesta del huésped a la infección, con producción de sustancias como la interleukina 1, el factor de necrosis tumoral, el factor activador de plaquetas y la interleukina 6, que activan la producción de prostaglandinas por la decidua y las membranas corioamnióticas. La migración de macrófagos activados por la interleukina 6 libera sustancias como enzimas proteasas, colagenasas, proteoglucanasas, que fragmentan la matriz colagena extracelular, liberando componentes específicos en las secreciones cervicovaginales como la fibronectina fetal. Este efecto sumatorio de degradación de la matriz colagena tiene el efecto potencial de reblandecer y dilatar el cuello uterino, que ya ha sido previamente estimulado por los prostanoídes. Las bacterias secretan fosfolipasa A2 y C que fragmentan la fosfatidiletanolamina y el fosfatidilinositol en las membranas ovulares, que son ricas en ácido araquidónico; con estos fosfolípidos fragmentados se forman prostanoídes que favorecen el inicio de las contracciones.

La infección genera un estado de estrés fetal que libera noradrenalina, angiotensina II y vasopresina, incrementando la liberación de corticotropina fetal. Esta corticotropina fetal estimula la producción de prostanoídes en las células del corion, amnios y decidua; a su vez, los prostanoídes y la oxitócica estimulan su liberación, con aumento de la acción local paracrina, que estimula el inicio del trabajo de parto.

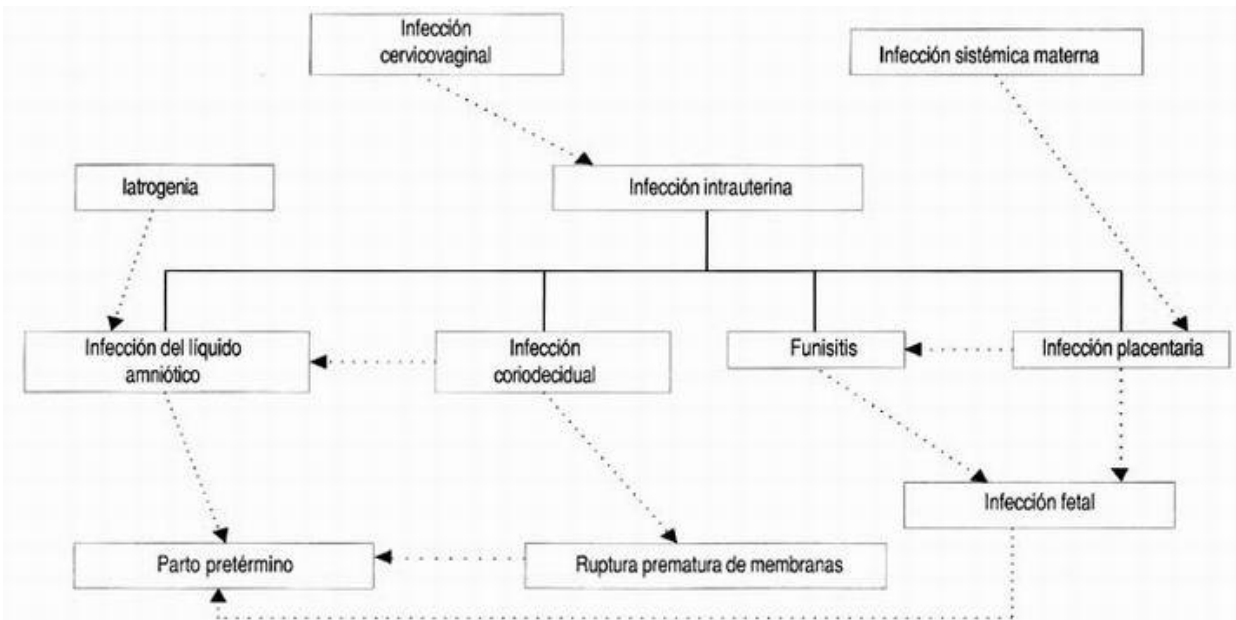


Figura 1. Secuencia del proceso infeccioso intrauterino. Se acepta que la mayor parte de las infecciones intrauterinas se originan por ascenso desde el tracto genital en su porción cervicovaginal, aunque es posible que también sean producto de la diseminación hematogena de microorganismos o bien, por introducción accidental durante procedimientos como la amniocentesis diagnóstica. Una vez que los microorganismos han alcanzado el espacio intrauterino, podrían instalarse en el microambiente coriodecidual o bien migrar a través de las membranas y alcanzar el líquido amniótico y eventualmente al producto. La evidencia clínica apunta a que cuando la infección afecta al espacio intraamniótico, se desencadena parto pretérmino, en tanto que las infecciones de placenta o coriodecidual podrían tener un curso crónico y eventualmente complicarse con ruptura prematura de membranas.

La literatura muestra que la corioamnionitis clínica y subclínica es causa de más del 30% del total de los casos de trabajo de parto pretérmino. Armer y Duff revisaron todas las amniocentesis al momento del ingreso de la paciente con amenaza de parto prematuro y observaron que el 13% presentaban corioamnionitis demostrada por cultivos positivos del líquido amniótico.

Procesos infecciosos locales y sistémicos

Las infecciones maternas de las vías urinarias o de la vagina se asocian a un incremento de los partos pretérmino; se ha demostrado que como cualquier infección materna, se producen lisis de lisosomas en la placenta y decidua con liberación de fosfolipasa A2, la cual libera ácidos grasos de los fosfolípidos intracelulares, especialmente el ácido araquidónico.

Este ácido graso incrementa la síntesis de prostaglandina sintetasa y la producción local de prostaglandinas, con el consecuente aumento de la contractilidad uterina en el embarazo Pretérmino.

Este tipo de infecciones también pueden estimular la producción de interleukinas y el factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan la producción de prostaglandinas por el amnios.

Causas médicas que llevan a estrés fetal

La insuficiencia placentaria, con hipooxigenación fetal, así como las alteraciones de la placenta y las anomalías uterinas, están asociadas al parto pretérmino, pero por un mecanismo que aun desconocemos. Causas médicas maternas de hipooxigenación con origen en enfermedad pulmonar o cardíaca también se correlacionan con parto Pretérmino por causas desconocidas.

Sobredistensión uterina

Las causas directas que sobredistienden el útero, como los embarazos múltiples o el polihidramnios, también están asociadas a parto pretérmino, probablemente porque estos sucesos facilitan la formación de los puentes de unión entre las células miometriales, indispensables para que se produzcan contracciones coordinadas del útero, el desarrollo de receptores para oxitocina en el miométrio y la maduración del cuello, desencadenando el parto Pretérmino.

DIAGNOSTICO

La identificación de los síntomas de parto Pretérmino podría ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar diagnóstico y tratamiento adecuados. Los signos y síntomas incluyen: contracciones frecuentes (más de 4 por hora), calambres, presión pélvica, excesivo flujo vaginal, dolor de espalda y abdominal bajo. Los síntomas suelen ser inespecíficos.

El diagnóstico deberá realizarse en pacientes entre 20 y 36 semanas y 6 días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: dilatación cervical mayor de 2 cm, borramiento cervical del 80%, o cambios cervicales detectados en exámenes seriados.

El tacto vaginal no es efectivo como predictor de parto Pretérmino en mujeres sin factores de riesgo, por lo tanto no se utiliza rutinariamente.

El uso en pacientes con alto riesgo es controvertido. Hay suficiente evidencia demostrando que no aumenta el riesgo de ruptura de membranas o ascenso de gérmenes.

Se debe elaborar una historia clínica completa con un exhaustivo examen físico, que incluya especuloscopia y pruebas de bienestar fetal completas. La monitoria fetal electrónica externa puede ayudar a detectar actividad uterina no evidenciada en el examen físico. Se solicitan los exámenes paraclínicos completos para precisar el diagnóstico de amenaza de parto o parto Pretérmino establecido, con el fin de instaurar un manejo adecuado. La ecografía obstétrica y el perfil biofísico son exámenes importantes que nos precisan edad gestacional y bienestar fetal.

TRATAMIENTO

- Hospitalizar o considerar manejo ambulatorio de acuerdo a resultados de cervicometría, paraclínicos y red de apoyo de la paciente.
- Hidratación
- Reposo en cama
- Sedación con opioides tipo meperidina o tramadol.
- Solicitar ecografía con cervicometría y monitoría fetal. Solicitar cuadro hemático, PCR, parcial de orina, urocultivo, Frotis de flujo vaginal, glicemia y serología
- Detección y tratamiento de las infecciones
- Inducir la madurez pulmonar fetal a partir de la semana 26 de gestación hasta la semana 34. Los corticoesteroides preferidos son la dexametasona y la betametasona, dado que ambos cruzan fácilmente la placenta en sus formas activas, no tienen actividad mineralocorticoide, acción inmunosupresora relativamente débil y tienen mayor duración de acción que otros corticoides.
- Administrar 12 mg. de betametasona I.M, y repetir a las 24 hrs. o 4 dosis de 6 mg. de dexametasona dadas I.V. cada 12 hs. Con esta dosis se alcanza una ocupación del 75% de los receptores, lo que obtendría una respuesta cercana a la máxima en los órganos fetales. Dosis más altas o más frecuentes no obtienen mejores resultados e incrementan los efectos adversos. Los beneficios terapéuticos son mayores a partir de las 24 hrs y alcanzan los 7 días postratamiento; también existen evidencias que esta mejoría se obtienen aun con menos de 24 hrs de tratamiento. Los datos no establecen beneficios al repetir las dosis, mientras que si se ha demostrado que repetir las dosis se relacionan con RCIU y disminución del perímetro cefálico.
- Vigilar el bienestar fetal
- Iniciar útero inhibición en caso de que no exista **contraindicación** como: corioamnionitis, muerte fetal, cardiopatía materna, HIE, RPM, hipertiroidismo, diabetes mal controlada, malformaciones fetales incompatibles con la vida, abruptio de placenta y placenta previa sangrante, madurez fetal, sufrimiento fetal agudo, inestabilidad hemodinámica, enfermedad materna, trabajo de parto avanzado, anomalías cromosómicas.

☀ Los medicamentos de elección para iniciar uteroinhibición son:

Nifedipina oral:

Administrar 10 mg vía oral cada 6 horas, con una dosis máxima de 120 mg/día. Vigilar tensión arterial y frecuencia cardiaca.

Indometacina:

De primera elección antes de la semana 30. Por encima de la semana 32 está contraindicado por los efectos adversos que puede producir en el feto. Se inicia con 1 supositorio intrarectal o 50 mg por vía oral y se continúa 25 mg vo cada 6 horas. Se debe realizar ILA y o doppler antes y luego del tratamiento. Se recomienda también protección gástrica por ser un AINE.

Terbutalina:

Utilizar siempre como segunda opción. Preparar 5 ampollas de terbutalina en 500 cc de lactato de ringer e iniciar goteo a 30 cc/hr e ir incrementado 10 cc/hr cada 10 minutos según respuesta. Nunca exceder de 90 cc/hr. Suspender en caso de presentarse reacciones adversas como: taquicardia materna mayor de 120, taquicardia fetal mayor de 180, hipokalemia, hipotensión, arritmias cardíacas y edema pulmonar. Tenga en cuenta que con la administración de betamiméticos también se presenta vasodilatación, hiperglicemia, hiperlactatemia, retención de sodio y agua, íleo paralítico, etc

Sulfato de Magnesio:

6 gramos diluidos en lactato de ringer para pasar en 30 minutos y continuar 2 gramos/hora. Vigilar durante la administración diuresis, reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria y temperatura. En casos de signos de intoxicación administrar gluconato de calcio según respuesta.

INDICE TOCOLITICO

PARAMETRO	0	1	2	3	4
Contracciones	-	Irregular	Regular		
Ruptura Membranas	-	-	Interrogada	Alta	Baja
Sangrado	-	Manchado	Severo	-	-
Dilatación	-	1	2	3	4

ANTIBIÓTICOS

El uso de antibióticos en pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino, muestra tendencia a disminuir la enterocolitis necrotizante y a prolongar el tiempo del nacimiento y disminuir la sepsis neonatal, pero aumenta el SDR y la muerte perinatal. Los estudios ofrecen evidencias que los antibióticos no deben utilizarse rutinariamente en Amenaza de Parto Pretérmino a menos que haya un foco clínicamente evidente

TOCOLITICOS

Medicamento	Mecanismo de acción	Dosis	Efectos secundarios	Contraindicaciones
Terbutalina	Simpático mimético Activación de la adenil ciclasa Aumenta AMPc y calcio intracelular, vida media de 3 a 4 horas	2.5 mcg/min incrementa r cada 20 minutos hasta máximo 30 mcg/min.	Taquicardia, Vasodilatación, hiperglicemia, hipopotasemia, Arritmia, edema pulmonar, Retención de agua y sodio, Ileo parálítico, Leucocitosis. Isquemia miocárdica, Hipotensión, isquemia miocárdica, hiperinsulinemia. hiperbilirrubinemia, engrosamiento septum ventricular	Cardiopatía, Arritmias, Hipertiroidismo, Anemia falciformes, Diabetes, Inhibidores MAO, Sangrado, Hipertensión.
Nifedipina	Bloqueador canales de calcio	10 mg cada 6 horas, máximo 120 mg/día	Hipotensión, taquicardia, cefalea, disminución flujo placentario. Vomito, nauseas.	Insuficiencia hepática

Proceso Atención de Enfermería

Sulfato magnesio	Bloquea la entrada de calcio intracelular	6 g en 30 minutos y 2 a 4 g/hora.	Depresión respiratoria, debilidad muscular, cefalea, hipotonía fetal, edema pulmonar. Sudoración, calor, rubor, diplopía	Bloqueo cardiaco, miastenia gravis, Lesión miocárdica, Falla renal, Depresión respiratoria
Atoşiban	Bloqueador receptores oxitocina	300 mcg/min	Cefalea, nausea	
Indometacina	Inhibe la ciclooxigenasa	100 mg intrarectal y 25 a 50 mg cada 6 horas	Cierre prematuro del ductus, Oligoamnios, Enterocolitis necrotizante, falla renal en el recién nacido, falla cardiaca fetal in utero, Broncoespasmo materno. Hemorragia intraventricular. Hepatitis. Sagrado vías digestivas	Asma, Coronariopatía, sangrado digestivo, oligoamnios, falla renal, cardiopatía feta Insuficiencia hepática

- Si hay respuesta al manejo se continuará el reposo por 48 horas y se dará de alta con recomendaciones y control en una semana.
- Si no hay respuesta en las primeras 48 horas se debe realizar amniocentesis y cultivo.
- La uteroinhibición debe suspenderse en los siguientes casos: Mala respuesta materna, cuando se completen 36 semana de edad gestacional o se compruebe madurez

pulmonar, cuando las modificaciones cervicales aumenten, haya signos de infección intraamniótica o evidencia de sufrimiento fetal.

- Tomar cultivo de cordón y líquido amniótico en el momento del parto.

Todas las intervenciones citadas anteriormente tienen los siguientes objetivos:

1) inhibir o reducir la fuerza y la frecuencia de las contracciones, retrasando el momento del parto, y

2) mejorar el estado fetal antes del parto Pretérmino.

Consecuencias del Parto Pretérmino

Maternas	Endometritis postparto Psicológicas
Fetales	Mortalidad perinatal SDR Hemorragia intraventricular Displasia broncopulmonar Ductus arteriosos persistente Enterocolitis necrotizante Sepsis Retinopatía Alteraciones en el desarrollo neurológico
Hemorragia intraventricular	Esta relacionada con la hipoxia intraparto, el peso menor de 1500 y el trabajo de parto fase activa. Profilaxis discutida Vitamina K y Fenobarbital.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN AMENAZA DE PARTO PREMATURO

- Valorar el estado neurológico de la paciente, por medio de la evaluación del nivel de conciencia, orientación, juicio, cálculo, lenguaje, memoria (inmediata y reciente, remota).
- Valorar el estado de hidratación de la paciente por medio de la inspección de mucosas, cabello y turgencia de la piel.
- Proporcionar tranquilidad a la persona y al familiar, por medio de una comunicación efectiva y un trato respetuoso y amable. Es frecuente que la persona se sienta ansiosa y temerosa referente a lo que puede sucederle a ella y a su embarazo.
- Explique a la persona cada procedimiento que vaya a realizarle. Contar siempre con la autorización de ella para llevar a cabo cualquier acción que irrumpa su intimidad.
- En caso de tener que reponer líquido por vía intravenosa: hacerlo con solución salina al 0.9% o solución Hartman, sólo si evidencia caída brusca de la presión arterial o signos de deshidratación o alteraciones de la conciencia.
- Valorar la intensidad del dolor, localización, que lo desencadeno.
- Contabilizar y describir las características de las pérdidas vaginales en la hoja de evolución de enfermería.
- Valorar la temperatura: Recuerde que por encima de 38.0°C la gestante presenta fiebre y puede estar indicando una infección.
- No manipular el área genital por el riesgo de infección que tiene la materna.
- Valorar la frecuencia cardíaca, la cual debe estar entre 90 l/min. Valores superiores pueden estar indicando compensación a un posible descenso de la presión arterial secundaria a disminución del volumen sanguíneo.
- Valore la presencia e intensidad de contracciones uterinas.

INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

La infección urinaria es la complicación infecciosa que ocurre con mayor frecuencia durante el embarazo, con elevado riesgo perinatal y materno. Presenta una incidencia entre 3-12% según distintas series. Además modifica la presentación y secuelas de las infecciones del tracto urinario bajas (bacteriuria asintomática y cistitis) como alta (Pielonefritis), siendo esta última la más seria.

Definición:

Infección urinaria: Invasión, colonización y multiplicación de bacterias en el tracto urinario a cualquier altura de éste. Para su confirmación se necesita la presencia de bacteriuria significativa acompañada de leucocituria o piuria la mayoría de las veces. La entrada de gérmenes al lumen vesical no constituye de por sí una infección.

Patogénesis:

Factores del huésped.

La infección urinaria es más frecuente en la mujer a toda edad (con una proporción mujer/hombre 4:1), excepto en el recién nacido y en el anciano. En gran medida por su anatomía, la vagina se ubica inmediatamente anterior al ano y recto, siendo particularmente sensible a la colonización por la flora rectal común. Inmediatamente anterior a la vagina está la uretra, que es más corta en la mujer que en el hombre. Así, usualmente los uropatógenos que habitan en colon necesitan viajar una corta distancia para acceder al tracto urinario bajo.

La uretra anterior tiene una flora residente normal que muy excepcionalmente causa infección urinaria.

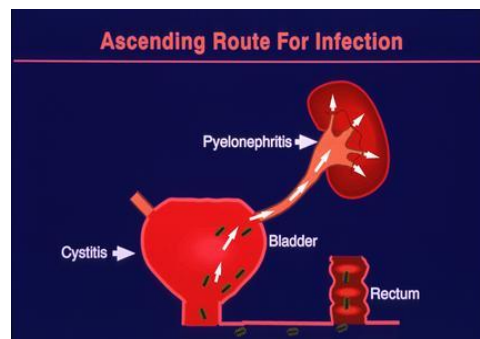
El introito vaginal, tanto en la edad fértil como en la recién nacida (cuando el pH vaginal es ácido) está colonizado por lactobacilos, difteroides, estreptococo y estafilococo. En mujeres propensas a ITU se ha observado colonización del introito por bacilos G(-), la causa no es conocida, pero se cree que este cambio de la flora perianal normal puede deberse a antibióticos, espermicidas, actividad sexual, dispositivos como diafragmas e infecciones genitales.

La vía habitual de infección es de tipo ascendente canalicular (97%), siendo el tracto gastrointestinal el reservorio de donde salen las bacterias uropatógenas. Los gérmenes causales son en más del 90% enterobacterias, correspondiendo en más del 80% de los casos a *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis* y *Enterobacter fecalis* (Tabla-1). Menos frecuente es la vía hematógena y la infección por manipulación de la vía urinaria o secundaria a procedimientos quirúrgicos (cesárea) en ambiente hospitalario.

La vía habitual de infección pasa por tres etapas:

- a) Colonización de la vulva, vagina y área periuretral por flora fecal uropatógena y que reemplaza la flora normal.
- b) Pasaje de las bacterias a la vejiga por vía canalicular ascendente. En la mujer las condiciones son muy favorables, sobre todo durante el embarazo.
- c) Establecimiento de las bacterias en la vejiga. Los factores determinantes son: el tamaño del inóculo, la virulencia, la capacidad de los mecanismos antiadherencia vesical y urinarios, propiedades antibacteriana de la mucosa

vesical, las condiciones de lavado vesical también por el efecto de la urea y la alta osmolaridad sobre los gérmenes. (figura-1)

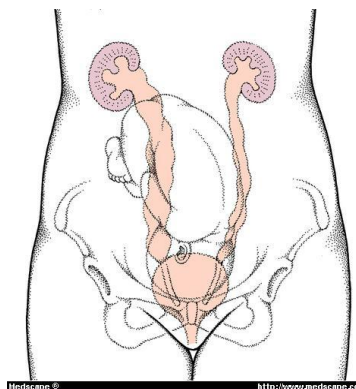


(Figura-1)

Modificaciones anatómicas y fisiológicas del tracto urinario durante el embarazo que aumentan el riesgo de desarrollar IVU.

La principal modificación es el efecto del útero grávido, que puede generar compresión mecánica de los ureteres a nivel del anillo pelviano, produce secundariamente hidroureteronefrosis. El ureter derecho generalmente se dilata más que el izquierdo, probablemente, por la común dextrorrotación uterina.

Otro factor que contribuye a la hidroureteronefrosis durante el embarazo son los elevados niveles de progesterona, que causan dilatación ureteral y disminución de la peristalsis al inhibir el tono. (Figura-2)



A su vez la vejiga es comprimida y los orificios uretrales están distorsionados y dilatados (con un aumento de volumen de 2-4 ml a 50 ml), produciéndose una estasis urinaria. Se agrega a esto, la disminución del tono y peristalsis uretral, así como una incompetencia temporal de las válvulas vesico uretrales que podrían evolucionar a reflujo vesicouretral, permitiendo el paso de orina contaminada desde la vejiga a los riñones.

Existe también, disminución del tono vesical (efecto progesterona), lo que se asocia a aumento del volumen urinario en ésta, hay un aumento de su capacidad con disminución de su vaciamiento, por lo que el volumen residual aumenta de 5-15ml en la no embarazada, a 20-60ml durante la gestación.

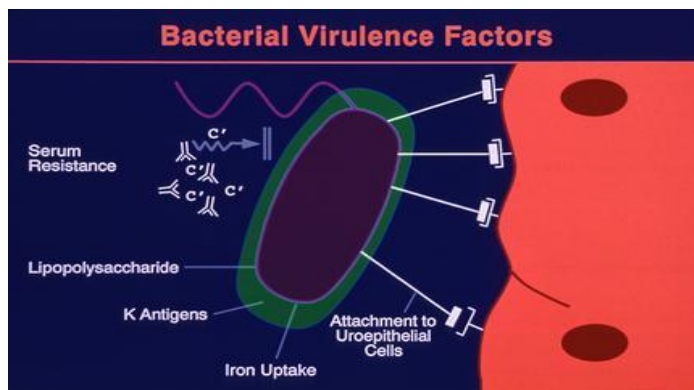
La velocidad de filtración glomerular se ve aumentada en un 50% durante el embarazo, producto del aumento progresivo del VEC entre otros. Esto favorecería la aparición de glucosuria en pacientes no diabéticas e IVU.

El pH urinario se eleva durante el embarazo, especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato, favoreciendo la multiplicación bacteriana.

Factores bacterianos.

La E.coli aislada del tracto urinario infectado exhibe características diferentes de aquella aisladas en muestras fecales. Como sería el incremento de la capacidad de adherirse a la superficie de la vagina y uroepitelio por medio de finísimas prolongaciones proteicas llamadas pili, la naturaleza del antígeno O, además tienen mayor cantidad de antígeno capsular K1, son más productoras de hemolisina. Más resistentes al suero bactericida y pH ácido. Estos factores son parte de la virulencia propuesta en la patogénesis de la IVU.

También la estasis urinaria favorece el desarrollo de adhesinas o fimbrias P lo que predispondría a mayor incidencia de infecciones de la vía urinaria.



(Figura-3)

Mantener sin infección el tracto urinario dependerá del balance entre los mecanismos de defensa generales y específicos del sujeto por un lado y la agresividad de la cepa y tamaño del inóculo por otro.

Tabla 1 - Organismos asociados con bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis

- *Escherichia coli* (más frecuente encontrado en estas condiciones)
- *Klebsiella pneumoniae* (segundo más común)
- *Proteus mirabilis* (tercero más común)
- *Enterococcus*
- *Pseudomonas*
- *Citrobacter*
- Streptococo grupo B

Es por esto lo importante de la labor preventiva del médico y/o matrona durante todo el embarazo, debiendo solicitar en el primer control un examen de orina completa y urocultivo, repitiendo el screening el tercer trimestre.

Bacteriuria asintomática (BA)

Es la presencia de gérmenes en la orina en ausencia de síntomas y signos de infección. Para diagnosticarla es necesario tener 2 urocultivos positivos con igual o más de 100.000 unidades formadoras de colonia por mililitro (ufc/ml) de una misma bacteria, y en general la presencia de piuria o leucocituria.

La prevalencia es de 3-7% en las mujeres de 16 a 65 años, siendo similar en embarazadas. Este porcentaje aumenta en presencia de factores de riesgo tales como un bajo nivel socioeconómico, diabetes mellitus y la presencia de alteraciones anatómicas del tracto urinario. Es el doble en mujeres con hemoglobinopatía de células falciformes. También incrementan la prevalencia la multiparidad, la edad materna avanzada y la progresión del embarazo.

Es importante identificar BA en las embarazadas, ya que aproximadamente un 30% se transforman en pielonefritis aguda en el segundo o tercer trimestre si no recibe tratamiento. Si se trata el riesgo se reduce a un 5%. Además se ha relacionado BA con parto prematuro, recién nacidos de bajo peso, mortalidad perinatal anemia materna y se ha atribuido también a BA la hipertensión inducida por el embarazo, pero es controversial.

Criterio diagnóstico. BA no puede ser diagnosticada en base a los síntomas ni en el examen físico. Se requiere de 2 urocultivos positivos con igual o más de 100.000 ufc/ml de una misma bacteria, asociado a piuria o leucocituria, de una muestra obtenida con recolección aséptica. Si se encuentran dos o más colonias distintas, se considera una muestra de orina contaminada.

Es importante notar que puede producirse una pielonefritis con recuentos de colonias tan bajos como 20.000 a 50.000 ufc/ml. Por lo que se recomienda tratar BA incluso cuando el recuento sea menor de 100.000 ufc/ml especialmente cuando el uropatógeno es *E coli*,

K pneumoniae, *P mirabilis*, *Enterococcus*, *Pseudomonas*, *Citrobacter*, o grupo B *Streptococcus* o si se identifica mediante una cateterización.

Tratamiento.

El objetivo es restablecer la esterilidad de la vía urinaria, para lo cual se deben utilizar antibióticos que sean inocuos para la madre y el feto.

Se recomienda esperar urocultivo y antibiograma. Tratar por 10 a 14 días, logrando erradicación entre el 65-80% de las embarazadas.

Primer trimestre:

- Cefadroxilo 500mg c/12h vo.
- Cefradina 500mg c/6h vo.
- Ampicilina 500mg c/6h vo.

La nitrofurantoína está contraindicada durante el primer trimestre por sus efectos gastrointestinales y probabilidad de teratogenicidad.

Respecto al tratamiento con ampicilina se ha demostrado un 91% de E.coli resistente.

Segundo trimestre:

- Nitrofurantoína 100mg c/8h vo.

Seguimiento. Al 7º día de finalizado el tratamiento debe realizarse un urocultivo de control. Si este resulta negativo, se controla con urocultivo mensual sin requerir otras medidas adicionales. Si el urocultivo resulta positivo, se debe volver a tratar según antibiograma, por el mismo período al cabo del cual se continuará profilaxis con Nitrofurantoína 100mg/día o Cefradina 500mg /día según el trimestre del embarazo en que esto ocurra hasta el final de éste. (Aproximadamente un 30% de las mujeres tratadas podría presentar bacteriuria recurrente).

Si falla la erradicación bacteriana después de un tratamiento antibiótico adecuado, se debe evaluar urológicamente de regla, buscando la causa perpetuadora de la infección, tal como una obstrucción o la presencia de cálculos. El examen de elección es la ecografía.

Cistitis Aguda (Infección urinaria baja sintomática)

Infección bacteriana superficial de la vejiga o de la uretra o de ambas. El síntoma más importante de cistitis en el embarazo es disuria, puede o no estar acompañado de urgencia miccional, nicturia, polaquiuria, pujo, tenesmo vesical, incontinencia, dolor pélvico o suprapúbico (síntomas y signos que se han reportado en embarazadas sin ITU), orina turbia y de mal olor, hematuria macro o microscópica en un tercio de los casos. No hay compromiso del estado general, no hay fiebre.

Incidencia de hasta 35% en mujeres entre los 20 y 40 años.

Los gérmenes habituales en infecciones extra hospitalarias son E. Coli (85%) y *Sthaphilo saprophiticus* (10%), el resto por otras enterobacterias.

Diagnóstico. Debe demostrarse bacteriuria significativa (que en el Sd. disúrico agudo puede ser significativo con un recuento ≤ 100 col/ml), sedimento con hematuria y piuria.

Hay que hacer siempre el diagnóstico diferencial con otras condiciones que producen infección e inflamación y en las cuales el síntoma principal es disuria y el cultivo corriente negativo. Ellas son:

- Vaginitis: disuria externa, prurito vulvar, flujo vaginal de mal olor, dispareunia. Sin piuria.
- Uretritis por transmisión sexual.
- Otras causas no infecciosas (cistitis intersticial, alérgias)

Tratamiento. Antes de iniciar terapia para la cistitis es importante excluir una pielonefritis, porque el 40% de las embarazadas con pielonefritis presenta síntomas de cistitis. Es de interés que el 95% de las bacterias asociadas con cistitis tienen su origen en la vejiga, mientras que el 50% de las bacterias asociadas a BA son de origen renal, lo que implica que la cistitis es una entidad diferente a BA y pielonefritis.

Puede comenzarse de manera empírica, previa toma de urocultivo y orina completa, si la sintomatología es muy intensa. El ideal es esperar urocultivo y antibiograma. El tratamiento dura entre 10 a 14 días.

- Cefradina 500mg c/6h vo
- Nitrofurantoína 100mg c/8h vo
- Cotrimoxazol 1 comp. C/12h vo (desde el segundo trimestre, hasta las 36 semanas de gestación).

Seguimiento. Finalizado el tratamiento se controla con urocultivo a los 5-7 días, independiente de los síntomas para asegurar la mejoría, siguiendo la misma conducta que en BA.

Pielonefritis Aguda

Se define como el compromiso parenquimatoso renal, como consecuencia de una infección vesical inicial y que asciende hasta la pelvis comprometiendo al riñón focal o multifocalmente y que en algunas oportunidades se complica con bacteremia, absceso renal o perinefrítico, papilitis necrotizante, insuficiencia renal y formación de urolitiasis.

La pielonefritis aguda ocurre en el 1-2% de todas las embarazadas. Es más común durante la segunda mitad del embarazo, presumiblemente por el aumento de la obstrucción ureteral y la estasis de orina con la progresión del embarazo. La pielonefritis usualmente es unilateral con predominio derecho, según lo antes mencionado.

El diagnóstico diferencial de pielonefritis durante el embarazo incluye apendicitis (porque el apéndice se ubica más superior durante el embarazo), corioamnionitis (porque es una de las causas más comunes de infecciones obstétricas) y neumonía (menos común que las otras dos). También se deben considerar la disfunción renal tal como la nefrolitiasis y el absceso renal.

Signos y Síntomas. El diagnóstico de pielonefritis aguda se basa en los síntomas, examen físico y hallazgos de laboratorios (Tabla-2). Los síntomas característicos incluyen dolor en flanco, sensación febril (se sienten acalorados y sudorosos), escalofríos, anorexia, náuseas y vómitos. Como se mencionó previamente, un 40% de las pielonefritis se

presenta con síntomas urinarios bajos, incluyendo disuria. Un típico hallazgo del examen físico es fiebre en puntas (secundario al efecto de las endotoxinas) que puede superar los 40°C. Puño percusión positivo en fosa renal, taquicardia, etc.

Exámenes de laboratorio. Generalmente el urocultivo es positivo pesquisándose un organismo aislado. Es importante enfatizar que un urocultivo negativo, no descarta una pielonefritis en pacientes que han sido parcialmente tratadas por una infección urinaria, ya que una dosis aislada de antibióticos es capaz de esterilizar la orina. El sedimento de orina alterado (piuria, hematuria y bacteriuria) es un complemento diagnóstico no reemplaza al urocultivo.

El recuento de blancos se eleva moderadamente durante el embarazo y en forma especial durante el parto. Por lo tanto, a menos que exista un aumento significativo de los blancos no se considera indicador de infección. Los niveles de creatinina plasmática también pueden subir, disminuyendo el clearance de creatinina en un 20% de las embarazadas.

Tabla 2 - Diagnóstico pielonefritis

- **Examen Físico—criterio más importante**
 - Fiebre
 - Puño percusión positivo
- **Pruebas Laboratorio-- criterio más importante**
 - Urocultivo positivo
- **Síntomas**
 - Dolor en flanco
 - Escalofríos
 - Náuseas, vómitos
 - Sensación febril

Complicaciones. Se resumen en la tabla-3. La complicación más común y severa de la pielonefritis en la embarazada es el daño pulmonar con insuficiencia respiratoria. Esto ocurre en el 2% de las pacientes con pielonefritis antes del parto. El agente etiológico es la endotoxina que altera la permeabilidad de la membrana alvéolo capilar con el consiguiente edema pulmonar. Se presenta con disnea y taquipnea. El infiltrado pulmonar progresa rápidamente con un promedio de 2 días. En general responden rápidamente con oxígeno terapia sin embargo un cuarto de ellos evoluciona a SDRA.

Un tercio de las embarazadas con pielonefritis presentan hematocrito menor de 30%, probablemente por hemólisis secundaria al efecto de las endotoxinas sobre los eritrocitos, además aumenta el riesgo de presentar una hemodinámica inestable. Durante el embarazo ocurre una hemodilución fisiológica porque aumenta el volumen plasmático excediendo el aumento de la masa de glóbulos rojos. (Hto normal durante el embarazo 30-40%).

Aproximadamente el 25% de las embarazadas con Pielonefritis manifiestan una disfunción renal transitoria mediada por endotoxinas. El clearance de creatinina

normalmente aumenta durante el embarazo de 125 a 175 ml/por minuto porque aumenta el flujo renal y la filtración glomerular, la creatinina plasmática disminuye a menos de 1.0 mg/dl. Sin embargo un 25% de las pacientes con pielonefritis presentan un clearance menor 80ml/min, y un 20% presenta niveles de creatinina sérica mayor de 1.0 mg/dl. La disfunción renal se resuelve en un plazo de 6 semanas. Estos pacientes deberían tratarse con antibióticos no nefrotóxicos, y si fueran necesarios se deben administrar en dosis más bajas.

Un pequeño grupo de mujeres con pielonefritis puede desarrollar celulitis o abscesos perirrenales. Estos pacientes típicamente han buscado atención médica después presentan compromiso del estado general por varios días, o tienen evidencias de obstrucción urinaria (causada por cálculos renales) La celulitis perinéfrica usualmente se resuelve después de varios días de tratamiento antibiótico. El drenaje quirúrgico es la indicación en presencia de un absceso perirenal.

Otra secuela rara de la pielonefritis es la celulitis segmentaria intrarrenal conocida como pielonefritis segmental aguda o nefronia lobar. Diagnostica mediante TAC.

El síndrome de shock séptico se observa en el 1- 2% de las embarazadas con pielonefritis. Estas pacientes usualmente impresionan muy enfermas y exhiben una falla multisistémica. Afortunadamente este compromiso multisistémico es transitorio en la mayoría de las mujeres que reciben tratamiento precoz. Algunas, sin embargo, se mantienen hipotensas y con una marcada disminución de la resistencia vascular y del gasto cardíaco. Estas mujeres deben ser manejadas en U.C.I.

La complicación fetal más significativa asociada a la pielonefritis aguda es el parto prematuro. Aproximadamente un 10% de las embarazadas ingresadas por pielonefritis están en trabajo de parto.

Tabla 3 - Complicaciones de la pielonefritis

- Insuficiencia respiratoria
- Injuria pulmonar—síndrome de distress respiratorio del adulto
- Anemia
- Disfunción renal transitoria
- Celulitis y absceso perinefrítico
- Shock séptico
- Parto prematuro

Manejo hospitalario. Se requiere hospitalizar para tratar a las embarazadas con pielonefritis aguda. Hay muchas intolerantes al tratamiento vía oral debido a las náuseas o vómitos. Además del existir riesgo de cualquiera de las complicaciones mencionadas anteriormente.

Indicaciones para pacientes con diagnóstico de pielonefritis aguda

- Hospitalizar
- Tomar orina completa y urocultivo con antibiograma.

- Hemocultivar con T mayor con 38,5°C (15% presenta bacteremia)
- Tomar hemograma creatinina sérica y nitrógeno ureico y electrolitos plasmáticos.
- Control de signos vitales y diuresis c/ 4 horas.
- Oximetría arterial.
- Hidratación e.v. (solución salina o Ringer lactato) que asegure una diuresis de al menos 30cc/hora.
- Tratamiento antibiótico.
- RBNS al ingreso
- Radiografía de tórax y gases arteriales cuando baje la saturación y aparezca disnea o taquipnea.
- Control con nuevos exámenes en 48 horas.
- Cambio a antibióticos v.o. al remitir la fiebre.

Tratamiento antibiótico. Debe elegirse en forma empírica, considerando la seguridad del feto y el estado hipermetabólico materno.

Tabla 4 – Algunos esquemas antibióticos para pielonefritis aguda

- Ampicilina 500 mg a 2 g c/6h, con gentamicina 1.5-2 mg/kg en dosis de carga, seguido de 1-1.5 mg/kg
- Cefazolina 1-2 g c/8h
- Cefoxitina 1-2 g c/6h
- Cefotetan 1-2 g c/12h

Todas las pacientes continúan con profilaxis durante tres meses o hasta el término del embarazo.

Recomendaciones Antibióticas para el Tratamiento de la Bacteriuria Durante el Embarazo

Antibiótico	Dosis Recomendada	Complicaciones Fetal	Complicaciones Maternas
Penicilinas		No conocidas	No conocidas
Ampicilina	250mg c/6h x 10 días		
Amoxicilina	250mg c/8h x 10 días		
Cefalosporinas		No conocidas	No conocidas
Cefalexina	500mg c/6h x 10 días		
Cefadroxilo	500mg c/12h x 10 días		
Contraindicación relativa			
Trimetropim	--	1er trimestre: teratogénico	No conocidas
Nitrofurantoína	100mg c/6h x 10 días	Anemia hemolítica en pacientes con deficit de G6PD	
Aminoglicósidos	--		Nefrotoxicidad y ototoxicidad
Contraindicado			
Tetraciclina	--	Malformaciones congénitas, manchas en los dientes	Descompensación hepática
Eritromicina	--	?	Ictericia colestásica
Cloramfenicol	--	Síndrome tóxico gris, colapso cardiovascular	Anemia aplásica (raro)
Fluoroquinolonas	--	Defecto en la formación de cartílago.	No conocidas

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de Identificación

Nombre. V.O.N.Y	Registro. 656894
Fecha de Nacimiento. 10-octubre-1994	Edad. 17 años
Escolaridad. Secundaria	Ocupación. Ama de Casa
Domicilio. San Miguel Ajuico, deleg. Coyoacán	Estado Civil. Unión libre
Servicio donde se encuentra. Cama. 313 Ginecología	
Fecha de Ingreso. 19/sep/2012	Fecha de Egreso. 27/sep/2012
Dx. Médico. Embarazo de 33.5 SDG por FUM+ Amenaza de Parto Pretérmino+ Pielonefritis Aguda+ Alto Riesgo por edad materna y Producto Pretérmino.	

Presentación del Caso Clínico.

El día 19 de septiembre acude al servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" por manifestar fiebre de 38.2°C, escalofríos y malestar general. Al interrogatorio refiere dolor abdominal tipo cólico, disuria, tenesmo, nicturia y ligera secreción amarillenta fétida al asearse después de orinar. A la exploración física hay Giordano (+) en la fosa renal derecha.

Al tacto vaginal se encontró cérvix posterior dehiscente con producto único vivo cefálico longitudinal, dorso a la derecha, pelvis ginecoide, presenta secreción vaginal amarillenta fétida de cantidad moderada. Fondo Uterino de 28 cm, taquicardia fetal de 170 lpm con actividad uterina.

Se toman Labstix donde se encontró Leucocitos y nitritos.

Se manda al servicio de hospitalización de Ginecología para su control: con líquidos Intravenosos, Uterolnhibidores (inicio de calcioantagonistas y antagonistas de oxitocina) y antibióticos.

La joven se encuentra con un Diagnostico Médico de: Embarazo de 33.5 SDG por FUM+ Amenaza de Parto Pretérmino+ Pielonefritis Aguda+ Alto Riesgo por edad materna y Producto Pretérmino.

Se encuentra orientada en sus tres esferas y cooperadora al interrogatorio; complexión ectomórfica, con tegumentos deshidratados y con una importante palidez. Cuello simétrico sin limitaciones al movimiento, no hay presencia de masas ni ganglios inflamados, tiroides normal, pulso carotideo presente. Tórax normolineo con ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia. Campos pulmonares con presencia de estertores crepitantes lo cual dificulta la entrada y salida de aire. Mamas simétricas congestivas por embarazo con areolas hiperpigmentadas y pezón formado.

Miembros torácicos normorreflexicos íntegros con un buen llenado capilar (<2 seg), presencia de catéter venoso periférico derecho funcional, libre de residuos con menos de 72 hrs (23 sep) para mantener vía, uñas cortas resistentes.

Abdomen globoso a expensas de útero gestante con embarazo de 33.5 SDG por FUM con producto único vivo, presentación cefálica, situación longitudinal, dorso a la derecha, presentación libre con FCF de 135 lpm y una altura del fondo uterino de 28 cm.

Hay estrías adyacentes al ombligo en todos los cuadrantes y línea morena, propios del embarazo. A la palpación sin datos de actividad uterina, peristaltismo disminuido sin datos de irritación peritoneal y tono uterino normal. Refiere dolor suprapúbico tipo obstétrico, disuria y tenesmo; presenta facies de angustia, quejido e inquietud. El color de la orina es amarillo turbio. Hay presencia de motilidad fetal activa.

Periné ligeramente edematoso, hiperpigmentado, con vello púbico de aspecto normal en regular cantidad, presenta metrorragia escasa blanquecina no fétida.

Miembro pélvicos normorreflexicos íntegros, sin presencia de edema de pies y de venas varicosas.

A nivel neurológico se encuentra sin presencia de crisis convulsiva o movimientos anormales, se ha mantenido afebril (37.1°C). Mantiene parámetros normales de: FxR 20resp x min, FxC 78 x min y T/A de 110/60 mmHg. Manejando un peso de 52kg (peso antes del embarazo: 48kg).

La joven se encuentra triste y preocupada ya que es su primer bebé y desea tenerlo.

ANTECEDENTES

Patológicos: Infección de Vías Urinarias a las 8 semanas de gestación lo cual fue controlada con cefalexina 500 mg por 10 días.

Niega enfermedades crónicas degenerativas, cardiorespiratorias o algún trastorno neurológico. Es fumadora pasiva, niega alcoholismo y toxicomanías. Niega alergias (medicamentos y alimentos). Hace uso de la automedicación en síntomas comunes.

No patológicos: vive en departamento con tres habitaciones, zoonosis negativa, su departamento tiene buena iluminación y ventilación, cuenta con todos los servicio intra y extradomiciliaria, las calles de su colonia están pavimentadas, cuenta con servicios colectivos, metro y taxis.

Cuenta con los siguientes servicios de salud: centro de salud, ISSSTE.

Heredofamiliares: no hay ningún antecedente de relevancia.

Antecedentes Ginecobstetricos

Menarca a los 13 años con un ritmo de 28 x 3-5días regular, dismenorrea en su menstruación, IVSA 14 años, una pareja sexual aparentemente sano, niega uso de métodos anticonceptivos. Refiere que cuando nazca su bebé le gustaría usar algún método anticonceptivo.

Nunca se ha hecho el Papanicolaou ni tampoco se realiza la autoexploración mensual mamaria.

FUM 31-enero-2012

FPP 07-octubre-2012

G=1 P=0 C=0 A=0.

No lleva un control prenatal en su clínica que le corresponde.

VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

OXIGENACIÓN

La joven refiere ser fumadora pasiva, porque su pareja tiene esta actividad dentro de su departamento. Menciona no presentar dificultad respiratoria, ni utilización del algún dispositivo o tratamiento respiratorio. Sin antecedentes de enfermedades cardiorespiratorias e hipertensión.

A la exploración física

La frecuencia respiratoria es de 20 rpm con expansión simétrica profunda. A la inspección del tórax es normolineo ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia; campos pulmonares sin compromiso. A la auscultación no hay presencia de sibilancias ni estertores.

Presenta palidez de tegumentos generalizados y mucosas deshidratadas, teniendo un buen llenado capilar (2seg) tanto en miembros torácicos y podálicos.

La frecuencia cardíaca es de 78 lpm. A la palpación de pulsos (carotideo, humeral, radial, poplíteo y pedio) son normales sin ninguna alteración. No hay presencia de edema extremidades.

La presión arterial es de 110/60 mmHg. Los ruidos cardíacos son rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia.

Estudios de Laboratorio:

Hemoglobina: 10.7/dl	datos normales: 12-16g/dl
Hematocrito: 30.0%	datos normales: 38-47%
Plaquetas: 289.0	datos normales: 150-400/mm ³
Eritrocitos: 3.4	datos normales: 3.5-5.7
Leucocitos: 11.40	datos normales: 4.3-10.8x10 ⁹ /L

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

La joven acostumbra a comer tres veces al día, lleva una alimentación baja en nutrientes y en poca cantidad. Los alimentos que le desagradan son la leche y sus derivados y el pan. Consume mínima cantidad de alimentos ricos en fibra. Niega alguna intolerancia a algún alimento. No tiene problemas para masticar o deglutir los alimentos.

Ingiere aproximadamente 2 vasos de agua en todo el día, prefiere ingerir refrescos o jugos en cantidad moderada (aproximadamente 1 litro). Menciona que sufre frecuentemente de estreñimiento.

A partir del segundo mes de embarazo empezó a tomar ácido fólico y sulfato ferroso.

Al la exploración física:

Durante la estancia hospitalaria mantiene una dieta blanda. La cavidad oral presenta sequedad labial, Xerostomía presente, amígdalas sin inflamación, úvula normal centrada, base de la lengua normal. Hay presencia de caries dental. Encías normales.

Signo de pliegue cutáneo positivo y disminución de la diuresis por no beber agua durante la estancia hospitalaria.

En la región abdominal, no hay hepatomegalia, esplenomegalia, ni ascitis. A la percusión sin datos de alteración. A la auscultación movimientos peristálticos disminuidos.

Su peso anterior al embarazo fue de 46 Kg y ahora 52kg, durante su embarazo ha subido 6 kg. Tiene una talla de 1.55cm. Presenta un IMC de 21.6 kg/m² bajo en relación con su peso y talla.

ELIMINACIÓN

Uresis 3 veces al día, aunque al orinar refiere disuria y tenesmo vesical, las características de la orina es de color amarillo turbio y su olor es fétido. Menciona que casi no ha orinado por falta de agua durante la estancia hospitalaria. Hasta el momento no ha evacuado.

A la exploración Física:

A la palpación se encuentra útero gestante con altura del fondo uterino de 25 centímetros Refiere dolor por encima del pubis (suprapúbico), disuria y tenesmo; presenta facies de angustia, quejido e inquietud. El color de la orina es amarillo turbio.

Presenta estrías adyacentes al ombligo en todos los cuadrantes y línea morena propias del embarazo. No hay hepatomegalia, esplenomegalia, ni ascitis.

A la auscultación se presenta disminución de peristaltismo intestinal y dificultad para la evacuación. A la percusión Signo de Giordano Positivo

A la inspección se encuentra periné ligeramente edematoso, hiperpigmentado, con vello púbico de aspecto normal en regular cantidad; presenta metrorragia escasa, blanquecina no fétida.

Estudios de laboratorio

Color	Turbio
Ph	6.5 (5.5-6.0)
Cuerpo cetonico	20mg/dl
Leucocitos	500 leu/UI
SEDIMENTO	
Leucocitos	30-50 x campo (Normal 0-4/UL. Patológico >6UL)
Células	+ x campo
Bacterias	3+

MOVIMIENTO Y MANTENER BUEN POSTURA

La persona manifiesta realizar labores sencillas en el hogar, dice que en su tiempo libre le gusta leer y ver televisión, no realiza deporte por el riesgo que implica el embarazo, sin embargo le gusta salir de su casa para distraerse y caminar un poco.

Durante su estancia en el hospital, por orden médica se encuentra en reposo absoluto, lo que le impide realizar actividades físicas.

En relación al sistema musculo esquelético se encuentra con tono y fuerza disminuidos por la condición en la que se encuentra. La flexibilidad se observa disminuida, no realiza ningún tipo de movimiento. Se halla afectado el estado emocional se nota triste y preocupada.

DESCANSO Y SUEÑO

La persona refiere que actualmente, en casa, duerme de 6 a 8 horas, manifiesta estar preocupada por los riesgos que implica el embarazo y esto no le permite conciliar el sueño, dice tener miedo e inseguridad al levantarse de la cama, pues se cansa con facilidad, por las tardes ocasionalmente duerme una siesta de media hora. Acostumbra a descansar viendo Televisión durante la tarde.

Durante su estancia en el hospital la persona se observa cansada y somnolienta; los factores ambientales no favorecen el descanso y sueño, el ambiente cuenta con diversos estímulos visuales y auditivos, así como visitas constantes del personal de salud y esto interrumpe el sueño.

Se le observa facies de cansancio, bostezos y fatigada durante el interrogatorio.

VESTIDO

La persona informa no necesitar ayuda para seleccionar y ponerse la ropa. Su ropa es adecuada para su edad, se cambia de ropa diario, interior como exterior, no le da importancia a su aspecto ya que refiere que se siente cómoda con su ropa de elección, calza zapatos cómodos y tenis.

Durante la hospitalización usa bata clínica, que le da libertad de movimiento.

A la inspección hay higiene en su bata. Necesita ayuda para vestirse y desvestirse debido al reposo absoluto en el que se encuentra.

TERMORREGULACIÓN

La persona no tiene problema para adaptarse a los climas, aunque prefiere el templado, dice no tener problema para adaptarse a la temperatura se abriga y destapa según su voluntad.

La persona se encuentra normotérmica, manteniendo una temperatura corporal axial de 37.1 ° C. Sudoración normal. Refiere en ocasiones calor porque se encuentra acostada en reposo absoluto. Tegumentos deshidratados y con una importante palidez.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

La persona informa que se realiza baño diario por las mañanas, con cambio de ropa; aseo dental 3 veces por día, lavado de manos cada vez que ella lo considera necesario.

Durante la estancia en el hospital no se ha cubierto esta necesidad (el aseo personal) lo cual manifiesta cierta inconformidad, pena y molestia. Pero por parte del personal de enfermería se realiza baño de esponja diario por las mañanas.

A la exploración física

Presenta palidez y deshidratación en piel y mucosas. Uñas cortas y limpias, cabello graso, se realiza lavado de manos antes de comer.

Hiperpigmentación de la areola, así como estrías en el abdomen adyacentes al ombligo, en todos los cuadrantes, y línea morena propia del embarazo, hay cuidado de pies y uñas cortas.

La cavidad oral, presenta resequedad labial, amígdalas sin inflamación, úvula normal centrada, base de la lengua normal. Hay presencia de caries dental. Encías normales.

EVITAR PELIGRO

Persona orientada, consciente y cooperadora con el personal de salud. Mantiene seguridad física por barandales en alto de la cama para evitar el riesgo de caída.

Refiere no consumir drogas y alcohol. Es fumadora pasiva, porque su pareja tiene esta actividad dentro de su departamento. Toma demasiado refresco y jugos durante el día; solo toma 2 vasos de agua natural. Cuenta con seguro popular para su atención.

Su esquema de inmunización es completo acorde a su edad, refiriendo que solamente le hace falta la de la Influenza AHINI.

El Papanicolaou nunca se lo ha realizado ni tampoco se realiza la autoexploración mamaria mensual.

Tiene una vida sexual activa, su preferencia sexual es heterosexual, no hace uso de métodos anticonceptivos. Refiere que cuando nazca su bebé le gustaría manejar algún método de planificación familiar para evitar posibles embarazos. Refiere que nunca ha presentado alguna enfermedad de transmisión sexual.

A la exploración física presenta abdomen globoso a expensas de útero gestante con embarazo de 33.5 SDG por FUM con producto vivo único, presentación cefálica, dorso a la derecha, presentación libre con FCF de 135 lpm y una altura del fondo uterino de 28 cm. Se encuentra pálida, angustiada con temor a perder a su hijo presenta escasa metrorragia blanquecina no fétida, cursando Amenaza de Parto Pretérmino por Pielonefritis Aguda. Durante el interrogatorio se le observan lagrimas en los ojos.

COMUNICACIÓN

El estado civil de la persona es unión libre, vive en un departamento ella y su pareja. Su principal preocupación está relacionada con la evolución de su embarazo, juega el rol de la esposa.

Recibe apoyo de su pareja, tía y suegra, con quienes mantiene buena relación y en ningún momento se encuentra sola.

Es una persona muy sociable, ya que trata de llevarse bien con sus vecinos, amigos y sus familiares.

Durante la estancia hospitalaria en el hospital se muestra preocupada, triste y por episodios sollozar, pero cooperadora al responder las preguntas realizadas, se expresa claramente, orientada en tiempo y espacio, sin dificultad visual y auditiva, su comunicación verbal y no verbal son adecuadas.

Se muestra interesada y atenta con el personal de salud.

CREENCIAS Y VALORES

De religión católica, lo cual en algunos momentos le ocasiona conflicto con su pareja, los principales valores son respeto, amor, amistad confianza y comunicación, considera congruente su manera de vivir con la forma de pensar, lleva muy buena relación con su pareja.

Mantiene su fe en Dios, le pide que su hijo nazca bien; pero siente temor por la posibilidad de la posible pérdida de su hijo.

TRABAJAR Y REALIZARSE

Actualmente no trabaja, solo se dedica a su hogar, las necesidades económicas son cubiertas por pareja; se siente extraña al estar embarazada, ya que ha cambiado sus hábitos alimenticios, de descanso y de recreación.

Emocionalmente se encuentra ansiosa, temerosa e inquieta ante la evolución de su embarazo y el nuevo rol de madre, sin embargo muestra disponibilidad para seguir las indicaciones médicas que debe tener en casa.

RECREACIÓN

Dentro de su comunidad hay gimnasio y deportivo, pero ella no hace uso de los mismos, en su tiempo libre le gusta leer, ver televisión y salir a caminar.

Su sistema neuromuscular se encuentra actualmente limitado por el reposo absoluto que debe tener. Se muestra participativa con la gente que la rodea.

Se queja de aburrimiento, mencionando que extraña sus actividades de recreación (televisión, ver películas, etc) y que no le gusta el ambiente hospitalario.

APRENDIZAJE

La persona solo concluyo la secundaria y dejo sus estudios por su embarazo. Desconoce los cuidados que debe tener durante el embarazo, sin embargo refiere interés por su embarazo y sus complicaciones, por lo que se otorga orientación, consejería y educación para la salud y así mejorar su estilo de vida.

Su sistema nervioso sin alteraciones, los órganos de los sentidos íntegros, muestra memoria remota y reciente sin problema.

Dentro del estado emocional se encuentra preocupada por la evolución de su embarazo y los cuidados necesarios que esto implica.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

ETIQUETA	DEFINICIÓN	FACTORES RELACIONADOS	MANIFESTACIONES
Desequilibrio nutricional (00002).	Ingesta de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	Incapacidad para absorber los nutrientes	Palidez de conjuntivas y mucosas; índice de masa corporal bajo (21.6 kg/m ²) para el peso y la talla.
Déficit de volumen de líquido (00027)	Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.	Ingesta insuficiente líquidos.	Disminución del volumen urinario; sequedad de las membranas mucosas y piel más signo de pliegue cutáneo positivo.
Deterioro de la eliminación urinaria. (00016)	Disfunción en la eliminación urinaria	Infección del tracto urinario	Disuria, tenesmo vesical y dolor suprapúbico suprapúbico y orina de aspecto amarillo turbio.
Estreñimiento (00011)	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación	Aporte insuficiente de líquidos y baja ingesta de fibra.	Peristalsis disminuida y ausencia de evacuaciones.

	difícil y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.		
Deterioro de la deambulación (00088)	Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.	Deterioro del estado físico.	Limitación del movimiento independiente.
Deprivación del sueño (00198)	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.	Posición en la que debe de descansar.	Somnolencia diurna y cansancio.
Déficit de autocuidado baño/higiene (00108).	Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.	Reposo absoluto.	Incapacidad para lavarse el cuerpo.
Temor (00148)	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.	Incertidumbre de la evolución de su embarazo.	Insomnio, inseguridad e intranquilidad.
Riesgo de desencadenar parto prematuro.		Infección del tracto urinario y edad extrema.	

<p>Duelo Anticipado (00136)</p>	<p>Complejo proceso normal que incluyen respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.</p>	<p>Posibilidad de perder al producto.</p>	<p>Llanto, angustia y tristeza.</p>
<p>Conocimientos deficientes (00126).</p>	<p>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p>	<p>El embarazo, lactancia materna y métodos anticonceptivos.</p>	<p>Verbaliza sentimientos de inseguridad personal.</p>

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Jerarquización de Diagnósticos

- ☆ **(00027) Déficit de volumen de líquido** relacionado con ingesta insuficiente de líquidos manifestado por disminución del volumen urinario; sequedad de membranas mucosas y piel más signo de pliegue positivo.
- ☆ **(00002) Desequilibrio nutricional** relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes manifestado por palidez de conjuntivas y mucosas; índice de masa corporal bajo (21.6 kg/m²) para el peso y la talla.
- ☆ **(00016) Deterioro de la eliminación urinaria** relacionado con infección del tracto urinario manifestado por disuria, tenesmo vesical, dolor suprapúbico y orina de aspecto amarillo turbio.
- ☆ **(00012) Estreñimiento** relacionado por aporte insuficiente de líquidos y baja ingesta de fibra manifestado por perístasis disminuida y ausencia de evacuaciones.
- ☆ **(00088) Deterioro de la deambulación** relacionado con deterioro del estado físico manifestado por la limitación del movimiento independiente.
- ☆ **(00108) Déficit de autocuidado baño/higiene** relacionado con reposo absoluto manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.
- ☆ **(00198) Deprivación del sueño** relacionado con la posición en la que debe de descansar manifestado por somnolencia diurna y cansancio.
- ☆ **(00148) Temor** relacionado con la incertidumbre de la evolución de su embarazo, manifestado por insomnio, inseguridad e intranquilidad.
- ☆ **(00136) Duelo Anticipado** relacionado con la posibilidad de perder al producto manifestado por llanto, angustia y tristeza.
- ☆ **Riesgo de desencadenar parto prematuro**, relacionado por infección del tracto urinario y edad extrema.
- ☆ **(00126) Conocimientos deficientes** relacionado con el embarazo, lactancia materna y métodos anticonceptivos manifestado porqué verbaliza sentimientos de inseguridad persona.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva		Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)
Necesidad alterada: ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN		Causas de dificultad: Voluntad		Grado de Dependencia: Parcial
Datos Objetivos: Palidez de conjuntivas y mucosas. Su peso anterior al embarazo fue de 46 Kg y ahora 52kg, durante su embarazo ha subido 6 kg. Tiene una talla de 1.55cm. Presenta un IMC de 21.6 kg/m2 bajo en relación con su peso y talla.		Datos subjetivos: La joven acostumbra a comer tres veces al día, lleva una alimentación baja en nutrientes y en poca cantidad. Los alimentos que le desagradan son la leche y sus derivados y el pan. Consume mínima cantidad de alimentos ricos en fibra. Niega alguna intolerancia a algún alimento. No tiene problemas para masticar o deglutir los alimentos.		Datos complementarios. Gabinete y/o Laboratorio Hemoglobina: 10.7/dl Hematocrito: 30.0%
Diagnostico de Enfermería: (Real, Riesgo o Bienestar, formato NANDA) ☆ (00002) Desequilibrio nutricional relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes manifestado por palidez de conjuntivas y mucosas; índice de masa corporal bajo (21.6 kg/m2) para el peso y la talla.				
Objetivo: Enfermera Cubrir las necesidades de alimentos propias de la mujer gestante, con una buena orientación nutricional. Persona Mostrará saber los beneficios de llevar una buena dieta, será capaz de comer todo tipo de alimentos permitidos para mejorar su salud después de la educación sanitaria.				
Plan de Intervenciones.				

Proceso Atención de Enfermería

Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			
Orientar a la joven sobre la importancia de la nutrición.	Una persona bien nutrida es una persona saludable que vive en estado de equilibrio, porque el gasto energético que consume diariamente lo repone regularmente en cantidad suficiente y mantiene reservas que pueden utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.	Orientación / Compañía	Independiente	A través de la orientación y la insistencia acepta la importancia de llevar una mejor dieta para mejorar su nutrición.
Se orienta a la persona mediante uso de folletos de los tipos de alimentos que debe consumir.	Los grupos de alimentos son: hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. La alimentación balanceada ayuda a mejorar el desarrollo fetal y a recuperar peso en la madre.	Orientación / Compañía	Independiente	
Durante la estancia hospitalaria se proporciona abundantes líquidos y una alimentación	La salud de la piel y mucosas depende en gran parte de una nutrición e ingestión de líquidos adecuados.			

Proceso Atención de Enfermería

equilibrada en cantidad y calidad.	Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.	Ayuda	Independiente	
Enseñar a la persona los métodos alternativos de alimentación de acuerdo con su consistencia, adicción, disminución o supresión de nutrimentos.	Ayudar a suplir alimentos adecuados a su alcance. La ingestión de alimentos básicos como la leche y derivados, carnes, verduras, frutas y cereales en cantidad suficiente favorece una buena nutrición.	Orientación / Compañía	Independiente	
Administración de suplementos alimenticios prescritos (Fumarato ferroso).	Es un complemento esencial para la síntesis de la hemoglobina.	Ayuda	Dependiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva		Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)
Necesidad alterada: ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN		Causas de dificultad: Voluntad		Grado de Dependencia: Parcial
Datos Objetivos: Disminución del volumen urinario; sequedad de membranas mucosas y piel más signo de pliegue positivo.		Datos subjetivos: Ingiere aproximadamente 2 vasos de agua en todo el día, prefiere ingerir refrescos o jugos en cantidad moderada (aproximadamente 1 litro). Alimentación baja en nutrientes y en poca cantidad.		Datos complementarios Uresis Horaria: Disminución del Volumen Urinario
Diagnostico de Enfermería: (Real, Riesgo o Bienestar, formato NANDA)				
☆ (00027) Déficit de volumen de líquido relacionado con ingesta insuficiente de líquidos manifestado por disminución del volumen urinario; sequedad de membranas mucosas y piel más signo de pliegue positivo.				
Objetivo Enfermera Conservar una correcta hidratación objetiva para la adecuada turgencia de la piel y de la diuresis. Persona Mejorar el estado de hidratación				
Plan de Intervenciones.				

Proceso Atención de Enfermería

Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			
Administrar líquidos por vía intravenosa. (Glucosada al 5% de 500cc)	El aporte de líquido por vía intravenosa servirá para hidratar a la embarazada.	Suplencia	Dependiente	<p>De acuerdo al logro de los objetivos planteados.</p> <p>De acuerdo con el objetivo planeado se llevo con éxito este plan de cuidados, durante la estancia hospitalaria se mantuvo un buen estado de hidratación de la paciente, mejoro la turgencia de su piel y las mucosas ya no tenían aspecto de deshidratación.</p> <p>Se le mencionó que en casa debe tomar por lo menos 2 litros de agua diarios, se le brindo educación para la Salud de la importancia que tiene este vital líquido en nuestra vida y en el cuerpo.</p>
Asegurar que la joven descansa suficiente.	El reposo permite que los signos vitales se encuentren en los niveles basales, disminuyendo por tanto las pérdidas de agua a través de la respiración y pérdidas insensibles.	Ayuda	Independiente	
Controlar la diuresis, manteniéndola en control de líquidos.	Mantener el control meticuloso asegura una correcta hidratación. Si la embarazada experimenta una disminución de la diuresis, puede significar que requiera un suplemento de líquidos.	Suplencia	Independiente	
Valoración del Pliegue Cutáneo	El signo del pliegue positivo es aquel en donde al pellizcar o tirar de un pliegue de la piel este se queda "pellizcado"	Suplencia	Independiente	

Proceso Atención de Enfermería

	<p>y no regresa a su forma original y es signo de deshidratación, pues la piel pierde parte de su elasticidad y turgencia. Cuando es negativo, quiere decir que es normal y no hay una deshidratación (o por lo menos no es muy perceptible).</p>			
<p>Aumentar el aporte de líquidos del paciente por vía oral.</p>	<p>Son imprescindibles cantidades de líquidos suficientes para mantener una hidratación satisfactoria.</p>	<p>Orientación / Compañía</p>	<p>Interdependiente</p>	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Hoja Proceso Atención Enfermería



Tipo de valoración: Exhaustiva	Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)		
Necesidad alterada: ELIMINACIÓN	Causas de dificultad: Voluntad	Grado de Dependencia: Parcial			
Datos Objetivos: A la percusión Signo de Giordano Positivo.	Datos subjetivos: Uresis 3 veces al día, aunque al orinar refiere disuria y tenesmo vesical, las características de la orina es de color amarillo turbio y su olor es fétido. Menciona que casi no ha orinado por falta de agua durante la estancia hospitalaria.	Datos complementarios (Gabinete y/o Laboratorio)			
		Examen General de Orina			
		Color	Turbio		
		Ph	6.5 (5.5-6.0)		
		Cuerpo cétonico	20mg/dl		
		Leucocitos	500 leu/UI		
		SEDIMENTO			
		Leucocitos	30-50 x campo (Normal 0-4/UL. Patológico >6UL)		
Células	+ x campo				
Bacterias	3+				

Proceso Atención de Enfermería

Diagnostico de Enfermería: ☆ (00016) Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario manifestado por disuria, tenesmo, dolor suprapúbico y orina de aspecto amarillo turbio.				
Objetivo: Enfermera Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo Persona Disminuir o eliminar la sintomatología urinaria de la persona.				
Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			Presenta mucosas y piel hidratada adecuadamente, refiere disminución de las molestias al orinar y modificación en la ingesta de líquidos y dieta.
Incrementar la ingesta de líquidos.	La ingesta de agua promueve el flujo sanguíneo renal, lo cual facilita la limpieza de los uréteres.	Ayuda	Interdependiente	
Proporcionar un listado que alimentos contengan mayor cantidad de líquidos e insistir en la importancia de consumirlos.	Se deben evitar los líquidos que irritan la vejiga, como café, té y bebidas de cola.	Orientación / Compañía	Independiente	
Educar a que no debe abstenerse de orinar por periodos prolongados.	Esto evita la sobredistención de la vejiga y el compromiso de riego sanguíneo a las paredes de la misma, lo	Orientación / Compañía	Independiente	

Proceso Atención de Enfermería

	que predispondría a una infección urinaria.			
Limpiar la zona genital a intervalos regulares.	Limpiando alrededor del perineo y del meato urinario, después de la defecación, se reduce las concentraciones de patógenos en el introito vaginal.	Ayuda	Independiente	
Observar características de la orina, color, olor, aspecto, concentración, cantidad.	El cambio de color y la concentración de orina nos indica infección.	Ayuda	Independiente	
Registrar balance de líquidos.	El control del ritmo catártico y la ingesta de líquidos, me darán una idea del balance de ingreso y egreso de líquidos.	Ayuda	Dependiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva	Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)
Necesidad alterada: ELIMINACIÓN	Causas de dificultad: Voluntad	Grado de Dependencia: Parcial	
Datos Objetivos: Disminución de peristaltismo intestinal	Datos subjetivos: Estreñimiento Reposo absoluto		
Diagnostico de Enfermería: ☆ (00012) Estreñimiento relacionado por aporte insuficiente de líquidos y baja ingesta de fibra manifestado por perístasis disminuida y ausencia de evacuaciones.			
Objetivo: Enfermera Orientar sobre los alimentos que debe consumir y los beneficios de este tipo de alimentación. Persona Restaurar la función intestinal.			
Plan de Intervenciones.			

Proceso Atención de Enfermería

Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			Posterior a la ingesta de líquidos y una dieta rica en fibra, las evacuaciones se presentaron sin ninguna alteración, esto manifestado por la joven verbalmente.
Auscultar ruidos peristálticos.	La verificación de los ruidos peristálticos intestinales permite que se valore correctamente la necesidad de adoptar alguna medida.	Suplencia	Independiente	
Fomentar ingesta de líquidos.	Un ingesta suficiente de líquidos es un factor importante que determina la cantidad y el tipo de eliminación intestinal.	Orientación / Compañía	Independiente	
Fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibras. Mencionar que debe de reducir los alimentos procesados y con alto contenido en grasa	Una ingesta de fibras en la dieta ayuda a aumentar los movimientos peristálticos, estos como no pueden ser digeridos por el organismo o apenas lo hacen, ayuda a que el tránsito acelere, lo cual ayudara a la paciente a evacuar, evitando complicaciones futuras de bloqueo intestinal.	Orientación / Compañía	Interdependiente	
Registrar balance de líquidos.	El control del ritmo catártico y la ingesta de	Suplencia	Independiente	

Proceso Atención de Enfermería

	líquidos, me darán una idea del balance de ingreso y egreso de líquidos.			
Orientar a la persona sobre los riesgos de continuar con estreñimiento.	El estreñimiento es una alteración en la eliminación intestinal caracterizada por una disminución en la frecuencia de la defecación, o con esfuerzo, generalmente las heces son duras y escasas. La frecuencia de la defecación varía entre las personas, considerando un patrón normal desde 2 veces por día.	Orientación / Compañía	Independiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva	Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)
Necesidad alterada: MOVIMIENTO Y MANTENER BUEN POSTURA.	Causas de dificultad: Voluntad	Grado de Dependencia: Temporal	
Datos Objetivos: Se encuentra consciente, cansada, con facies de angustia, limitación al movimiento por el embarazo de alto riesgo.	Datos subjetivos: Requiere reposo absoluto para evitar las posibles complicaciones.		
Diagnostico de Enfermería: ☆ (00088) Deterioro de la deambulación relacionado con deterioro del estado físico manifestado por la limitación del movimiento independiente.			
Objetivo: Enfermera Se mantendrá a la persona en un ambiente de confort durante su estancia hospitalaria. Persona Comprenderá la importancia de permanecer en reposo absoluto favoreciendo el confort.			
Plan de Intervenciones.			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de relación		Evaluación
	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	

Proceso Atención de Enfermería

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			
Vigilar que la embarazada permanezca en posición de decúbito lateral izquierda y que no se levante de la cama.	La posición de decúbito lateral mantiene el flujo sanguíneo óptimo al útero y la placenta, alivia la presión ejercida sobre los órganos y vasos abdominales e incrementa la comodidad.	Ayuda	Independiente	<p>La persona se muestra convencida de la importancia que tiene que permanecer en posición de decúbito lateral izquierdo y en reposo absoluto.</p> <p>Se muestra satisfecha con la información recibida.</p>
Se realiza masaje en las zonas de compresión y en hombros.	La pelvis es un hueso y en decúbito izquierdo hace presión y puede provocar escaras.	Suplencia	Independiente	
Mantener la ropa de cama sin arrugas.	Teniendo una cama sin arrugas se evitará la formación de nuevas úlceras por presión.	Suplencia	Independiente	
Brindar información relacionado con signos y síntomas de trabajo de parto prematuro.	La presencia de acufenos, fosfenos y hemorragia son signos y síntomas de alarma que ponen en peligro la vida del binomio.	Orientación / Compañía	Independiente	
Dedicar tiempo a la persona para escuchar preguntas e inquietudes.	El ser escuchada por personal de salud alivia ansiedad y temores y aumenta la comprensión.	Orientación / Compañía	Independiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa.

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Hoja Proceso Atención Enfermería



Tipo de valoración: Exhaustiva		Fecha: 24-sep-2012		Hora: 10:00		Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)	
Necesidad alterada: DESCANSO Y SUEÑO				Causas de dificultad: Voluntad Grado de Dependencia: Temporal			
Datos Objetivos: La persona se encuentra cansada, somnolienta, fatigada.				Datos subjetivos: Refiere que no descansa bien ni mucho menos duerme durante la estancia hospitalaria.			
Diagnostico de Enfermería: ☆ (00198) Deprivación del Sueño relacionado con la posición en la que debe de descansar manifestado por somnolencia diurna y cansancio.							
Objetivo: Enfermera Manipular el entorno de la persona para conseguir beneficios terapéuticos. Persona Favorecer el descanso de la persona y a su vez concilie el sueño.							
Plan de Intervenciones.							
Intervenciones de Enfermería				Nivel de relación		Evaluación	
				Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud		
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			La persona manifestó la adaptación de descansar y dormir en periodos cortos pero satisfactorios, estabilizando su estado emocional y estrés por falta de descanso.			
Colocar a la persona en posición de decúbito lateral izquierdo,	La posición de decúbito lateral favorece la circulación útero-						

Proceso Atención de Enfermería

proporcionándole almohadas para un mejor descanso.	placentaria y mejora la presión ejercida sobre los órganos y vasos abdominales e incrementa notablemente la comodidad.	Suplencia	Independiente	
Monitorizar los factores que interfieren con el sueño.	Evitando de las distracciones ambientales (apagar las luces, evitar ruidos, reducir el volumen de los teléfonos, mantener conversaciones sin levantar la voz...) podemos mantener el equilibrio de sueño y vigilia de la embarazada.	Suplencia	Independiente	
Ayudaría a relajarse.	La relajación aumenta la sensación del control de la adolescente sobre sus respuestas orgánicas ante el estrés.	Ayuda	Independiente	
Proporcionar a la persona un ambiente confortable para estimular el sueño o descanso.	Mantener un cuarto ventilado y una buena temperatura adecuada favorece el descanso y sueño así como también el mantenimiento de una cama confortable con sábanas secas y limpias, favorece el sueño y descanso.	Ayuda	Independiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa.

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva		Fecha: 24-sep-2012		Hora: 10:00		Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)			
Necesidad alterada: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL			Causas de dificultad: Voluntad			Grado de Dependencia: Temporal			
Datos Objetivos: Resequedad en piel.			Datos subjetivos: Manifiesta cierta inconformidad, pena y molestia, al no ser cubierta esta necesidad.						
Diagnostico de Enfermería: ☆ (00108) Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con reposo absoluto manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.									
Objetivo: Enfermera Proporcionar confort y descanso a la persona durante su estancia hospitalaria Persona Se mantendrá aseada y cómoda durante su hospitalización.									
Plan de Intervenciones.									
Intervenciones de Enfermería			Nivel de relación			Evaluación			
								Enfermera – Persona	
INTERVENCIONES		FUNDAMENTACIÓN		Suplencia		Independiente		Se muestra aseada y cómoda.	
Se realiza baño de esponja a la persona.		El agua y el jabón arrastra las bacterias, evitando infecciones.							

Proceso Atención de Enfermería

Se le acerca su cepillo y pasta dental para realizar limpieza bucal.	El aseo de la cavidad bucal provee gingivitis, aparición de caries, mejora la salivación y proporciona bienestar.	Ayuda	Independiente	
Se realiza cepillado de pelo y aplicación de crema para peinar.	La aplicación de la crema para peinar en el cabello ayuda a desenredar mejor el cabello, verse y sentirse mejor.	Ayuda	Independiente	
Se realiza masaje en las zonas de comprensión y en hombros.	La pelvis es un hueso y en decúbito izquierdo hace presión y puede provocar escaras.	Suplencia	Independiente	
Orientar a los familiares para ayudar a resolver sus necesidades.		Orientación / Compañía	Independiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa.

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva		Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)
Necesidad alterada: EVITAR PELIGRO		Causas de dificultad: Conocimiento		Grado de Dependencia: Parcial
Datos Objetivos: La persona se encuentra cansada, somnolienta, fatigada.		Datos subjetivos: Se, angustiada con temor a perder a su hijo. Durante el interrogatorio se le observan lágrimas en los ojos.		
Diagnostico de Enfermería: ☆ (00148) Temor relacionado con la incertidumbre de la evolución de su embarazo, manifestado por insomnio, inseguridad e intranquilidad.				
Objetivo: Enfermera Lograr el bienestar físico y emocional para disminuir el grado de temor. Persona Mejorar su estado emocional				
Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			

Proceso Atención de Enfermería

Se dedica un tiempo específico para tener un dialogo con la persona.	Sentir que una persona es escuchada por otra, en momentos difíciles, brinda tranquilidad.	Orientación / Compañía	Independiente	Se muestra tranquila emocionalmente se le observa poco incomoda. Disminuyo considerablemente el temor de la persona, obteniendo una buena cooperación por parte de ella se sintió más relajada y cooperadora al escuchar los latidos del corazón de su bebe en el tococardiógrafo.
Que la persona permanezca en posición de decúbito lateral izquierdo.	Esta posición brinda comodidad y mejor aporte sanguíneo al feto.			
Se brinda información relacionada con su situación de salud (Amenaza de Parto Pretérmino).	La información obtenida por personal capacitado y en forma individual brinda seguridad.	Orientación / Compañía	Independiente	
Se orienta a la persona de los problemas que se deben notificar de inmediato por ejemplo signos de trabajo de parto y rotura de membrana.	Saber distinguir signos y síntomas de alarma ayuda a recibir tratamiento adecuado y evitar complicaciones.	Orientación / Compañía	Independiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Hoja Proceso Atención Enfermería



Tipo de valoración: Exhaustiva		Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)																
Necesidad alterada: EVITAR PELIGRO		Causas de dificultad: Conocimiento		Grado de Dependencia: Parcial																
Datos Objetivos: Signo de Giordano Positivo Metrorragia blanquecina no fétida		Datos subjetivos: Refiere Dolor lumbar, disuria y tenesmo; así como también Flujo vaginal. El aspecto de la orina es Amarillo turbio.		Datos complementarios (Gabinete y/o Laboratorio) Análisis de orina <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Turbio</td> </tr> <tr> <td>Ph</td> <td>6.5 (5.5-6.0)</td> </tr> <tr> <td>Cuerpo cétonico</td> <td>20mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Leucocitos</td> <td>500 leu/UI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">SEDIMENTO</td> </tr> <tr> <td>Leucocitos</td> <td>30-50 x campo (Normal 0-4/UL. Patológico >6UL)</td> </tr> <tr> <td>Células</td> <td>+ x campo</td> </tr> <tr> <td>Bacterias</td> <td>3+</td> </tr> </table>	Color	Turbio	Ph	6.5 (5.5-6.0)	Cuerpo cétonico	20mg/dl	Leucocitos	500 leu/UI	SEDIMENTO		Leucocitos	30-50 x campo (Normal 0-4/UL. Patológico >6UL)	Células	+ x campo	Bacterias	3+
Color	Turbio																			
Ph	6.5 (5.5-6.0)																			
Cuerpo cétonico	20mg/dl																			
Leucocitos	500 leu/UI																			
SEDIMENTO																				
Leucocitos	30-50 x campo (Normal 0-4/UL. Patológico >6UL)																			
Células	+ x campo																			
Bacterias	3+																			

Proceso Atención de Enfermería

Diagnostico de Enfermería: ☆ Riesgo de desencadenar parto prematuro, relacionado por infección del tracto urinario y edad extrema.				
Objetivo: Enfermera La persona sabrá identificar signos y síntomas de parto prematuro. Persona Adquirirá conocimiento sobre el autocuidado para un embarazo de alto riesgo				
Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			La persona se mantiene sin contracciones uterinas
Se le brinda información acerca de la importancia que tiene mantenerse en reposo absoluto y evitar esfuerzos durante el embarazo.	La información adecuada brinda seguridad.	Orientación / Compañía	Independiente	
Se le brinda información de los signos y síntomas de alarma de embarazo pretérmino.	La información adecuada brinda seguridad.	Orientación / Compañía	Independiente	
Observar cuidadosamente signos vitales maternos y FCF; y datos que den indicios de TDP pretérmino.	La vigilancia periódica de signos vitales permite la valoración del estado de salud de la embarazada y la FCF permite conocer el estado de salud del feto.	Ayuda	Dependiente	
Se administran medicamentos prescritos. ➡ Glucosada al 5% de 500cc+5amp de Orciprenalina	Los medicamentos tocolíticos inhiben las contracciones. El objetivo principal			

Proceso Atención de Enfermería

<p>pasando 10 gotas por minuto → Indometacina 100mg vía rectal cada 12 horas</p>	<p>de los tocolíticos es retrasar el nacimiento al menos 24-48 horas para así poder permitir el tratamiento prenatal con corticoides y realizar el transporte materno-fetal si fuera posible</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Dependiente</p>	
--	--	--------------	--------------------	--

Elaboró: LEO García Silva María Teresa.

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva	Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)
Necesidad alterada: EVITAR PELIGRO	Causas de dificultad: Conocimiento	Grado de Dependencia: Parcial	
Datos Objetivos:	Datos subjetivos: Se encuentra angustiada con temor a perder a su hijo Durante el interrogatorio se le observan lagrimas en los ojos.		
Diagnostico de Enfermería: ☆ (00136) Duelo Anticipado relacionado con la posibilidad de perder al producto manifestado por llanto, angustia y tristeza.			
Objetivo: Enfermera La persona tomará conciencia de sus sentimientos y los expresará a través de la terapia ocupacional. Persona Se mantendrá con pensamientos positivos.			
Plan de Intervenciones.			

Proceso Atención de Enfermería

Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Personal	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			La persona expresa pensamientos positivos. Demuestra interés en las indicaciones que se le brindan. Se interesa en el diálogo. La joven recibe apoyo familiar, y juntos realizan las actividades necesarias, para que tenga un embarazo saludable.
Dar confianza para que pueda expresar sus temores, sentimientos y sienta que se le entiende.	Permitir mostrar sentimientos inhibidos proporciona bienestar emocional.	Orientación / Compañía	Independiente	
Identificar acciones favorables para ella y su bebé que se interese en continuar con los cuidados adecuados.	Seguir al pie de la letra los cuidados necesarios ayuda a una mejor evolución del embarazo.	Orientación / Compañía	Independiente	
Identificar temas de su interés y sugerir actividades.	Mantener la mente ocupada no da lugar a la depresión.	Orientación / Compañía	Independiente	
Fomentar la lectura.	La lectura mantiene ocupada la mente.	Orientación / Compañía	Independiente	

Elaboró: LEO García Silva María Teresa.

Proceso Atención de Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hoja Proceso Atención Enfermería

Tipo de valoración: Exhaustiva	Fecha: 24-sep-2012	Hora: 10:00	Servicio: Ginecobstetricia (3er piso)
Necesidad alterada: APRENDIZAJE	Causas de dificultad: Conocimiento	Grado de Dependencia: Temporal	
Datos Objetivos: Comprende las acciones de enfermería.	Datos subjetivos: Refiere interés por su embarazo y sus complicaciones, por lo que se otorga orientación, consejería y educación para la salud y así mejorar su estilo de vida.		
Diagnostico de Enfermería: ☆ (00126) Conocimientos deficientes relacionado con el embarazo, lactancia materna y métodos anticonceptivos manifestado porqué verbaliza sentimientos de inseguridad personal.			
Objetivo: Enfermera La persona conozca las medidas higiénicas dietéticas para tener un embarazo saludable. Persona Que logre identificar riesgos reproductivos y acepte un método anticonceptivo y así mismo prevenir posibles embarazos.			
Plan de Intervenciones.			

Proceso Atención de Enfermería

Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
		Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN			
Orientar a la persona sobre los beneficios que tiene su bebé al tomar leche materna.	La leche materna le proporciona anticuerpos al neonato que le protegen de infecciones y le ayuda en su desarrollo y crecimiento.	Orientación / Compañía	Independiente	La persona recibe apoyo familiar, y juntos realizan las actividades necesarias, para que tenga un embarazo saludable.
Proporcionar las técnicas de amamantamiento de forma que la persona las realice y opte por la más cómoda.				
Orientar a la persona sobre la importancia de la nutrición.	Una persona bien nutrida es una persona saludable que vive en estado de equilibrio, porque el gasto energético que consume diariamente lo repone regularmente en cantidad suficiente y mantiene reservas que pueden utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.	Orientación / Compañía	Independiente	
Establecer un horario regular en la ingesta de sus alimentos.	El estomago se vacía de 3 y media a 4 horas después de una comida	Suplencia	Interdependiente	

Proceso Atención de Enfermería

	<p>normal y bien mezclada, en la lactancia aumenta las necesidades de nutrientes de 300 a 500 calorías.</p> <p>El apetito y la secreción salival y gástrica se modifican por los estímulos agradables o desagradables.</p>			
<p>Evitar el aspecto desagradable de las cosas, los ruidos y los olores no gratos.</p> <p>Proporcionar abundantes líquidos.</p>	<p>Al estar lactando la necesidad de ingerir líquidos es mayor, ya que no solo es necesario compensar la pérdida de líquidos que se produce durante el parto si no que la mujer debe tomar más bebidas en especial agua y más líquido.</p>	<p>Suplencia</p>	<p>Independiente</p>	
<p>Administración de suplemento alimenticio prescrito (Fumarato Ferroso tabletas).</p>	<p>Es un complemento esencial para la síntesis de hemoglobina.</p>	<p>Suplencia</p>	<p>Dependiente</p>	
<p>Fomentar el control natal. Dar a conocer los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Los anticonceptivos nos permiten prevenir un embarazo y planificar el mejor momento para tener un hijo.</p>	<p>Orientación / Compañía</p>	<p>Independiente</p>	

Proceso Atención de Enfermería

Promover como método de planificación el dispositivo intrauterino.	Los dispositivos intrauterinos liberadores de cobre interfieren con la habilidad de los espermatozoides para pasar por la cavidad uterina e interfieren con el proceso reproductivo antes de que los óvulos lleguen a la cavidad uterina. Los liberadores de progestina también espesan el moco cervical y cambian el revestimiento endometrial.	Orientación / Compañía	Interdependiente	
---	--	-------------------------------	-------------------------	--

Elaboró: LEO García Silva María Teresa.

PLAN DE ALTA

Constituye una herramienta fundamental con la cual se espera que la joven, cuente con nuevos conocimientos y genere actitudes que contribuyan a su bienestar. Consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer en forma oral y escrita, de tal forma que sea comprendido a cabalidad.

Comunicación: que la joven identifique la institución y la persona del equipo de salud a la cual debe recurrir, cuando presente molestias y/o complicaciones.

Urgente: informar acerca de los signos de alarma obstétricos que indican un empeoramiento de la situación de salud, datos que la gestante debe conocer, así como las acciones que debe llevar a cabo si se presentan, fecha y hora del próximo control.

Información: la joven conoce, cual es su padecimiento y tratamiento.

Dieta: educación e información sobre alimentación balanceada, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación, se promoverá un régimen lacto-vegetariano rico en fibras y con abundante ingesta de líquidos (dos litros diarios), lo cual es muy importante porque genera un flujo de líquido continuo, que provocará un efecto de barrido, indicarle que ingiera bebidas ácidas, ejemplo, jugo de naranja, toronja y debe evitar los irritantes, que son los productos que contienen cafeína (té, café, mate y bebidas coladas) y alcohol, ya que esos ocasionan problemas en la vejiga.

Apoyo Psico-Afectivo a la persona: el rol del estrés como factor de riesgo de Parto prematuro ha sido ampliamente demostrado, la embarazada hospitalizada necesita un ambiente familiar y profesional apoyado para paliar el temor y ansiedad que acompañan este cuadro. Se ha observado que las mujeres que reciben apoyo mejoran su autoimagen a menudo dañada y asumen una actitud más participativa.

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

Recreación y Uso del tiempo libre: brindar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad.

Reposo: es la primera indicación frente al diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro. El reposo debe ser absoluto en cama en posición de decúbito lateral izquierdo. Aunque hay pocos estudios que evalúan el reposo como medida única, se sabe que esta indicación permite el aumento de la perfusión uterina, disminución del estrés materno, aumento del peso fetal y disminución de la contractilidad uterina.

El reposo ideal es aquel que se logra sin necesidad de hospitalizar a la embarazada y cuando ésta puede beneficiarse de un ambiente familiar apoyado mientras lo realiza.

Medicamentos:

- Autrin 600mg 1 tableta c/24 hrs x 3 meses
- Cefotaxima 500mg 1 tableta c/6hrs x 7 días

<i>Autrin 600mg</i>	<i>(Fumarato ferroso, ácido fólico, vitamina B₁₂, C y E)</i>
Dosis y Vía de Administración	<p>Oral.</p> <p>Una tableta al día hasta que se normalicen las concentraciones de hemoglobina y seguir el tratamiento durante 3 a 6 meses.</p> <p>El hierro se absorbe mejor cuando se administra con el estómago vacío con un vaso de agua, una o dos horas antes de las comidas. Sin embargo, para disminuir la posibilidad de molestias estomacales puede administrarse con las comidas o después de las mismas.</p>
Indicaciones; Terapéuticas	<p>Está indicado para el tratamiento de muchas de las anemias causadas por la deficiencia de hierro principalmente.</p> <p>Estas deficiencias de hierro incluyen anemias asociadas con una dieta inadecuada, convalecencia, aquellas frecuentemente encontradas en la niñez, al principio de la adolescencia, en edad madura, menorragia, y las anemias macrocíticas o microcíticas del embarazo.</p> <p>En el caso de las anemias megaloblásticas que incluyen las macrocíticas en donde la causa sea la deficiencia de vitamina B₁₂ o el ácido fólico puede administrarse AUTRIN* 600.</p>
Contraindicaciones	<p>El ácido fólico en dosis mayores a 0.4 mg/día tiene la característica de corregir trastornos hematológicos, pero puede enmascarar la anemia perniciosa y</p>

	<p>pueden progresar las manifestaciones neurológicas, por lo que no se recomienda el uso de AUTRIN* 600 en estos casos.</p> <p>No debe administrarse en pacientes con úlcera péptica, gastroduodenal, gastritis, hemosiderosis, hemocromatosis, cirrosis hepática, idiosincrasia a cualquiera de los componentes de la fórmula.</p>
<p>Precauciones o restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia</p>	<p>Puede utilizarse en casos de anemias ferropénicas, nutricionales y megaloblásticas del embarazo.</p>
<p>Reacciones secundarias y adversas</p>	<p>Pueden presentarse náuseas, vómito, erupciones cutáneas. Sensibilización alérgica al ácido fólico. En algunos casos, la vitamina C favorece la litiasis renal.</p>
<p>Interacciones medicamentosas y de otro genero</p>	<p>El fumarato ferroso con tetraciclina forma quelatos, disminuyendo la absorción tanto del antibiótico como del hierro. Los antiácidos que contienen carbonato de calcio, hidróxido de aluminio, compuestos con fósforo, cimetidina, sales de calcio y las tetraciclinas disminuyen o retardan la absorción del hierro.</p> <p>El etidronato, fluoroquinolonas pueden disminuir su absorción al ingerirse con hierro.</p> <p>El aceite mineral y los secuestradores de sales biliares, como la colestiramina y el colestipol, han demostrado disminución de la absorción de vitaminas liposolubles en el tratamiento a largo plazo.</p> <p>El ácido ascórbico puede antagonizar la acción de los anticoagulantes orales. La vitamina C asociada con salicilatos puede aumentar la salicilemia, con riesgo de aparición de fenómenos tóxicos, si las dosis de ambos compuestos son elevadas.</p>

Cefotaxima	Antibiótico bactericida de amplio espectro, semisintético, de la familia de los betalactámicos y del grupo de las cefalosporinas de tercera generación.
Indicaciones	Infecciones de las vías respiratorias, infecciones genitourinarias, septicemias y endocarditis, infecciones abdominales (peritonitis, infecciones de las vías biliares y del aparato gastrointestinal, infecciones ginecológicas, meningitis y otras infecciones del sistema nervioso central, infecciones osteoarticulares, infecciones de la piel y los tejidos blandos e infecciones neonatales.
Efectos Secundarios	<p>Erupción cutánea, fiebre, diarrea y colitis pseudomembranosa.</p> <p>En cuanto a las manifestaciones hepáticas puede haber elevación moderada y transitoria de las transaminasas y/o de la fosfatasa alcalina.</p> <p>Como con todos los β-lactámicos, puede aparecer neutropenia o agranulocitosis, sobre todo en caso de tratamientos prolongados.</p>
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los antibióticos del grupo de las cefalosporinas y β -lactámicos.

Educar sobre higiene correcta de la zona perineal de adelante hacia atrás por arrastre (luego de ir al baño y tener relaciones sexuales).

Aconsejar que orine cada vez que sienta ganas y en su totalidad para evitar el estasis urinario.

Aconsejar que en lo posible use ropa interior de algodón y no use pantalones ajustados.

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 al miccionar).

Enseñarle a reconocer datos de Sufrimiento Fetal, como:

- Ⓢ Cuando la frecuencia cardíaca del feto cae por debajo de 100 a 120 latidos por minuto. Cualquier ritmo cardíaco irregular o inestable indica sufrimiento fetal
- Ⓢ Posición anormal del bebé conduce a la falta de oxígeno. Por lo tanto, el médico debe encontrar la solución para superar la privación de oxígeno. El médico puede sacar al bebé de inmediato para superar las posibilidades de daño cerebral o la muerte del feto
- Ⓢ Cambio en el patrón de movimiento o una parada repentina en el movimiento del feto son signos sufrimiento fetal
- Ⓢ Cuando el bebé está todavía en el útero y pasa meconio (primeras heces), es una situación muy peligrosa. El meconio, mezclado con el líquido amniótico, puede ser tragado por el feto y que puede llegar a ser una mezcla tóxica para el feto

El cuerpo de la mujer es una cosa maravillosa que inmediatamente envía señales de angustia del bebé a la madre. Llámalo intuición de la madre o signos de sufrimiento fetal, es necesario llamar de inmediato a su médico si experimenta alguno de los siguientes:

- ➡ La ausencia de movimientos fetales
- ➡ Manchado o sangrado vaginal
- ➡ Calambres
- ➡ Ruptura prematura

Estos fueron algunos de los síntomas de sufrimiento fetal que una madre siempre debe tener en cuenta.

Orientación de signos de alarma obstétricos, y solicitar atención médica en caso necesario. Reposar en decúbito lateral izquierdo, reposo relativo y acudir a sus citas de control prenatal.

CONCLUSIÓN

Los profesionales de enfermería tenemos el deber fundamental de promover la salud, prevenir enfermedades, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento enfatizando en el trato digno y humanitario, en pocas palabras brindar un cuidado holístico. Tenemos un gran compromiso de estar a la vanguardia según las necesidades y demandas de la población.

El proceso de enfermería es la mejor forma de adquirir experiencias y habilidades en la valoración y elaboración de diagnósticos de enfermería, ya que es aplicable en todos los niveles de atención de la salud. Llevando a cabo la elaboración de un plan de cuidado de enfermería integral.

En el caso de la persona la aplicación del proceso me ayudó a determinar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales que afectaban el estado aparentemente sano de la embarazada y las intervenciones aplicadas fueron oportunas y me ha dado la oportunidad de sentirme realizada como profesional, ya que durante este proceso se le ha brindado la información, y orientación necesaria para que conozca su padecimiento, el tipo de tratamiento que requiere, las decisiones que debe tomar así como sus posibles complicaciones. Hago mencionar que 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.

Cabe señalar que desde la formación básica dentro de la ENEO-UNAM se ha enfatizado en la utilización del proceso de atención de enfermería a todos los niveles de atención, sin embargo no existen instrumentos estandarizados o formas de trabajo únicas al respecto situación que complica el abordaje.

Es necesario basarse en un modelo teórico de Enfermería (Virginia Henderson) para lograr brindar cuidados de enfermeros de calidad, que permitan garantizar la asistencia continua, cuidados integrales que sirvan como guía en la aplicación del PAE permitiendo identificar y resolver las demandas de cuidado y fomentando la participación activa y el protagonismo de la gestante y su familia en el cuidado y toma de decisiones informadas.

GLOSARIO

- **Ansiedad:** es un signo emocional que acompaña todos los aspectos de la vida y que al encontrarse en un monto excesivo puede provocar alteraciones de salud.
- **Amenaza de Aborto:** presencia de sangrado procedente de la cavidad uterina o de dolor pélvico determinado por las contracciones uterinas y que no se acompaña de modificaciones cervicales.
- **Disuria:** dolor al orinar
- **Dolor:** es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva)
- **Edad del embarazo:** duración aproximada que tiene el proceso gravídico desde su inicio hasta un momento determinado. La estimación se hace preferentemente en semanas.
- **Embarazo de alto riesgo:** es aquel en que se tiene certeza o probabilidad grave de sufrir daño, lesión, o muerte materna, fetal o neonatal como consecuencia del proceso reproductivo.
- **Edad gestacional:** duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas.
- **Embarazo de pretérmino:** embarazo que se encuentra entre 28 y 37 semanas.
- **Embarazo de término:** edad gestacional entre 37 y 41 semanas.
- **Embarazo de alto riesgo:** es aquel que tiene certeza o probabilidad grave de sufrir daño, lesión o muerte fetal o neonatal como consecuencia del suceso reproductivo.
- **Infeción:** invasión de microorganismos causantes de enfermedades en los tejidos del cuerpo y que pueden producir daño en los mismos.
- **Infeción de vías urinarias:** se define como la presencia de bacteriuria significativa, acompañada de síntomas urinarios (disuria, frecuencia y urgencia urinaria, dolor, etc.)
- **Menarca:** es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual.
- **Muerte intraparto:** la que ocurre durante el trabajo de parto.

- ➡ **Muerte neonatal:** muerte del producto desde el momento del nacimiento, hasta que cumple 28 días.
- ➡ **Muerte prenatal:** muerte del producto in útero, desde que el embarazo es mayor de 20 semanas, hasta antes del nacimiento.
- ➡ **Primigesta o primigrávida:** mujer que cursa con su primer embarazo.
- ➡ **Riesgo materno infantil:** refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación y el parto.
- ➡ **Vías urinarias:** aparato que toma los desechos de la sangre y los saca del cuerpo en forma de orina. Este aparato comprende los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra.
- ➡ **Vejiga urinaria:** órgano en forma de globo situado en el interior de la pelvis. La vejiga urinaria almacena la orina.

BIBLIOGRAFÍAS

- ✿ ACKLEY Gail 2007 **Manual de diagnósticos de enfermería** séptima edición, España El Sevier Mosby.
- ✿ CARPENITO, Mollet Lynda 2005 **Planes de Cuidado y documentación clínica en Enfermería** España McGraw Hill.
- ✿ CCFI (Comité consultivo para la formación de enfermeras de la Unión Europea). Informe y recomendaciones sobre la formación de las enfermeras responsables de cuidados generales de la Unión Europea (XV/E/9432/796-ES, Bruselas 10 de octubre de 1997).
- ✿ Diccionario Enciclopédico ilustrado y práctico 1999 México, D.F Editorial Norma.
- ✿ DICKASON, Elizabeth 1996 **Enfermería Materno-infantil**, 2da edición Barcelona editorial Mosby/Doyma.
- ✿ DOENGES E. Marilynn 2008 **Planes de Cuidado de Enfermería**, séptima edición México editorial McGraw Hill.
- ✿ FERNANDEZ, Carmen 1993 **El Proceso de Atención de Enfermería** España ediciones científicas y técnicas.
- ✿ Fernández, Fermín Carmen 2000 **Enfermería Fundamental** Barcelona Editorial. Masson.
- ✿ Griffitt JW, Christensen P. J 1986 **Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos** México, D.F; Editorial El Manual Moderno.
- ✿ GOMEZ López Raúl, OSTIGUIN MELENDEZ Rosa M 2007 **Manual de obstetricia** México, D.F; ENEO UNAM.
- ✿ Iyer, P. W; et. al 1995 **Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería** 2ª edición, México, D.F. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- ✿ IYER P.W 2005 **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**, Tercera edición México editorial McGraw Hill.
- ✿ Kerouac S; Arque B.M 1996 **El Pensamiento Enfermero** Barcelona Editorial. Masson.
- ✿ Kozier, et. al 2005 **Fundamentos de Enfermería, concepto, procesos y práctica** 7ª edición Madrid, España Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- ✿ Luis Ma. T 1996 **Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica.** 3ª edición. Madrid, España. Editorial Mosby/Doyma.
- ✿ Luis R. Ma. T; Fernández F. C, Navarro Ma. V 2000 **De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI** 2ª edición. Madrid, España Editorial Masson.
- ✿ Marriner A 1989 **Modelos y teorías de enfermería** 1ª edición Barcelona, España, Ediciones Rol.
- ✿ MONDRAGÓN C 1982 **Obstetricia Básica Ilustrada** México, España, Argentina Editorial Trillas.

- ✿ REEDER Martin Koniak 1995 **Enfermería Materno Infantil**. 17ª ed México ED. InteramericanaMcGraw – Hill.
- ✿ Riopelle L; et al 1993 Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona 1ª edición. Madrid, España. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- ✿ Rodríguez Berta 2000 Proceso Enfermero, aplicación actual 2ª ed. México Editorial Cuellar.
- ✿ Roper, Logan y Tierney 1993 Modelo de Enfermería 3ra edición México, D.F Editorial McGraw-Hill Interamericana.