



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE EMBARAZADA CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA

PRESENTA:

ROCIO AYALA RIVERA

No DE CUENTA:407116706

DIRECTORA ACADEMICA:

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

NOVIEMBRE 2010.

MÉXICO D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
Introducción.	I
Objetivo general.	III
Objetivos específico.	III
Capítulo 1	
I.- Marco teórico	1
1.1.-Definición de enfermería.	1
1.2.- El cuidado enfermero.	1
1.3.-Proceso de atención de enfermería	2
1.3.1.-Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería	2
1.3.2.- Definición	2
1.3.3- Organización	3
1.3.4- Ventajas	3
1.4.- Etapas del proceso de atención de enfermería	4
1.4.1.- Valoración de Enfermería.	4
1.4.2.- Diagnostico de Enfermería.	7
1.4.3.- Planeación.	12
1.4.3.1.- Clasificación de Resultados Esperados (NOC).	18
1.4.4.- Ejecución.	19
1.4.4.1.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).	21
1.4.5.- Evaluación.	22
1.5.- Generalidades del modelo de Virginia Henderson	23
1.5.1.- Definición.	23
1.5.2.- Necesidades	23
1.5.3.- Meta paradigma	25
1.5.4.- Elementos filosóficos	28
1.5.5.- Postulados teóricos	28

Capítulo 2

2.- Metodología.	30
------------------	----

Capítulo 3

3.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	32
3.1.- Presentación del caso.	32
3.2.- Valoración de enfermería.	33
3.3.- Diagnósticos de enfermería	43
3.4.- Planeación, Ejecución y Evaluación	49
Conclusiones	68
Sugerencias	68
Bibliografía	69
Glosario	70
Anexos: Historia clínica de enfermería Valoración de necesidades humanas	74
Patología: Infecciones del tracto urinario en adultos	88

INTRODUCCIÓN

Las infecciones urinarias son las alteraciones más frecuentes que presentan las embarazadas con mayor frecuencia en la consulta externa del centro de salud de Juliantla, municipio de Taxco de Alarcón Guerrero.

Motivo por cual se elabora un Proceso cuidado Enfermero, utilizando la metodología de Virginia Henderson a una persona con infección de vías urinarias ya que este padecimiento ocupa un alto índice de morbilidad en la población adulta y embarazada

En este Proceso Atención de Enfermería se aplico la Teoría de Virginia Henderson., valorando las 14 necesidades básicas de la persona que fue atendido en la consulta externa del centro de salud comunidad de Juliantla municipio de Taxco de Alarcón Guerrero.

El proceso de enfermería es un instrumento para la práctica profesional de enfermería, puede asegurar la calidad de los cuidados de atención, al individuo, familia o comunidad y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Este método ofrece ventajas para el profesional que presenta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de intervención de enfermería.¹

El siguiente trabajo se desarrolla en 3 capítulos.

El primero referente al marco teórico es la definición de la enfermería así como la definición del cuidado enfermero, y los aspectos conductuales del Proceso de Enfermería, así como sus diferentes etapas y las generalidades del Modelo de Virginia Henderson.

En el segundo capítulo se desarrolla la metodología de cómo se abordaron las diferentes etapas de proceso atención de enfermería

En el tercer capítulo se desarrollara el Proceso Atención de Enfermería a una paciente seleccionado de Infección de vías urinarias, abordando cada una de las etapas del Proceso.

Se comentaran las conclusiones, sugerencias y bibliografía.

Se mencionan los aspectos conceptuales de la patología de Infección de la flora

Así como los anexos de los instrumentos que se utilizaron para la valoración.

¹ Patricia W.Iyer, RN.MSN, CNA. Bárbara J.Taptch, RN.MA.Donna Bernochi_Losey,RN,MA. Tercera edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 1

Justificación

El presente trabajo fue elaborado por la elevada frecuencia de las infecciones de las vías urinarias en las embarazadas por las modificaciones en la estructura pélvica a medida que avanza el embarazo, que afecta a un alto porcentaje del cual se desconoce a ciencia cierta el porcentaje real.

Dentro de los factores que influyen de manera no esperada en el resultado del embarazo, es la información distorsionada del cuidado durante el embarazo sobre los cambios fisiológicos, desarrollo del feto, signos y síntomas de alarma, necesidades nutricionales, etc. Llegar a un conocimiento detallado de todo ello, apoya a la culminación de un embarazo en optimas condiciones y la obtención de un recién nacido sano. De ahí la importancia de identificar el nivel de conocimientos que tiene la embarazada, para la programación de temas que ella desconoce, se debe incluir en la enseñanza a su pareja y a la familia. Es necesario desarrollar en conjunto con la mujer, un plan de cuidados individualizado.

El Proceso de Atención de enfermería además de ser una opción de Titulación en la licenciatura en enfermería y obstetricia me permitió profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos con un pensamiento reflexivo y crítico para intervenir en problemática de salud de la Sra. L.F.F la cual fue valorada con algunas alteraciones.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar de forma oportuna, las necesidades alteradas de la embarazada con la enfermedad de infección de vías urinarias, para favorecer las condiciones que nos permitan una adecuada atención y óptima recuperación, así como evaluar las intervenciones con los resultados alcanzados por medio de la aplicación del Proceso de enfermería.

Objetivo específicos:

- Valorar las 14 necesidades básicas de la persona con infección de vías urinarias.
- Identificar problemas reales o potenciales y de bienestar para el paciente.
- Elaborar diagnósticos de enfermería para elaborar un plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades (NANDA, NOC, NIC)

1. MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

“La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o una muerte pacífica) y que el paciente llevarían a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.”²³

1.2 CUIDADO ENFERMERO

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

Bendery Wruber (1989). Afirma que el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica, y al conocimiento científico, por que el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos incluso la enseñanza del paciente tiene distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es. El cuidador es fundamental en la mayoría de las actividades de la enfermería y es un atributo esencial de la enfermera experta.⁴

² García González María de Jesús, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson Editorial. Progreso. Página 3.

⁴ B.KOZIER, G.ERB, K.BLASIS, Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica 5ª Ed., Editorial: McGRAW- Hill. Internacional Impreso en México en 2005.Paginas 29 y 30.

1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.3.1 Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un progreso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.

Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto.

Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundiger y Jauron (1975) y Espinal (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar de un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la Enfermería. La ANA utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería.⁵

1.3.2 Definición

“Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”⁶

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que “el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona y, si ese estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En

⁵ Patricia W. Iyer, RN.MSN, CNA. Bárbara J. Taptch, RN.MA. Donna Bernochi_Losey, RN, MA. Tercera edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pag.9

⁶ García González María de Jesús, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson Editorial. Progreso. Página 21

caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida de la, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.”⁷ El proceso de enfermería tiene las siguientes propiedades

- **Es resuelto:** Porque va dirigido a un objetivo
- **Es sistemático:** Por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito
- **Es dinámico:** Porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- **Es interactivo:** Por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera paciente.
- **Es flexible:** Ya que se puede mostrar en dos contextos, adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, o grupos o comunidades.
- **Pose una base teórica:** Sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

1.3.3 Organización

El proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificables:

- **Valoración** (De las necesidades del paciente)
- **Diagnóstico** (De las necesidades humanas que la enfermería puede asistir)
- **Planificación** (Del cuidado del paciente)
- **Implementación** (Del cuidado)
- **Evaluación** (Del éxito del cuidado implementado).

1.3.4 Ventajas

Beneficia a la persona mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación de la persona, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de

⁷ Patricia W.Iyer, RN.MSN, CNA. Bárbara J.Taptch, RN.MA.Donna Bernochi_Losey, RN, MA. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Tercera edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA.Pág. 11

la persona. Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de la persona.

Los profesionales de enfermería tienen las ventajas de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumpliendo las normas de su profesión.

Por lo tanto, es un método inestimable para las enfermeras (o). Debido a que los miembros del equipo de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el plan de cuidados, el proceso de enfermería refuerza la colaboración y esto, a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva. Por último el proceso de enfermería puede ayudar a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión. Demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de la persona.⁸

1.4 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.4.1.- Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes para analizar el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes.

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

Datos subjetivos:

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de interacción o comunicación con el individuo a menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre si mismo y sobre su estado de salud del cliente. Algunos ejemplos son las descripciones que hace la persona del dolor, la debilidad, la frustración, las nauseas o el desconcierto. La información proporcionada por otras fuentes distintas a la persona, por ejemplo por la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

⁸ B.KOZIER, G.ERB, K.BLASIS, Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica, 5ª Edición Editorial: McGRAW- Hill. Internacional Impreso en México en 2005 Pág. 95

Datos históricos:

Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal de la persona y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud actual del cliente. Algunos ejemplos de datos históricos, pueden ser la hospitalización o cirugía previas, enfermedades crónicas.

Datos objetivos:

Por contraste los datos objetivos consisten en información observable y mensurable. Habitualmente esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física de la persona. Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y peso. Durante la valoración de un cliente, deberá considerar los datos subjetivos como objetivos, a menudo, estos hallazgos se justifican entre ellos.

Datos actuales:

Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas para comparar la información actual con los datos previos y determinar el proceso del cliente.

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante una valoración de enfermería. Estos métodos incluyen:

- Entrevista,
- Observación y
- Exploración física.

Estos métodos proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático continuo en la recogida de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados.

A) Entrevista Clínica:

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

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

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

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre. Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto, Cibanal (1991) agregó la autenticidad.

B) La Observación:

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

C) La Exploración física:

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de a enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. El profesional de enfermería utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.⁹

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global de la persona, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

⁹ Proceso de atención de enfermería-terra <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar

Una vez descritas los métodos de exploración física se abordan los diferentes métodos de abordar un examen físico; desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

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

La información física de la persona que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

1.4.2 Diagnósticos de enfermería

Es un juicio que se emite ante un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente. (Rosalinda Alfaro, 1993).

El diagnóstico de enfermería. Es la expresión del problema de una persona, a la cual ha llegado haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser corregido por la propia enfermera. (Mundiger y Jauron, 1975)¹⁰

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en: *Reales, potenciales y posibles.*

Diagnostico Real: Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.

¹⁰ María de Jesús Gonzales. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial. progreso. Página 32.

Diagnóstico potencial: Es el que no está presente en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

Diagnóstico posible: Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.¹¹

Pasos para elaborar el diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería se elabora en cuatro pasos:

1.- Análisis de datos: al ir a realizar el análisis de datos, es importante tener presente las características o cifras consideradas como normales, tanto en lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del paciente y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto le ayudara a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud. (Signo de dependencia).

2.- Identificación de problemas de salud y elaboración de diagnostico de enfermería:

Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre si, por ejemplo, bajo peso, periodos diarreicos frecuentes, ingesta calórica baja. Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre los mismos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema. Ubicar los datos de dependencia

¹¹ María de Jesús Gonzales. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso. Página 36.

y las posibles causas de la misma. Cuando haya contestado la lista de los problemas que tenga visualizados, compara los datos que encontró con las características definitorias (signos, síntomas o factores de riesgo) de los problemas. Nombre el problema utilizando la etiqueta que mas se asemeje a los datos que presenta el paciente.

3.- Identificación de problemas interdependientes

Es un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta fisiopatología del cuerpo humano y que los profesionales de enfermería pueden identificar y tratar en colaboración con el médico. La utilidad de identificar los problemas interdependientes está en que se puedan prevenir complicaciones. Porque este tipo de problemas que los profesionales de enfermería le corresponde identificar son potenciales. Se sugiere que los problemas interdependientes no se escriban en el plan de cuidados de enfermería.

4.- Identificación capacidades o datos de independencia

Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considera sanas, los hábitos o costumbres saludables.

Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.

Los recursos de la comunidad que utiliza o puede utilizar.

Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

Componentes de los diagnósticos

Consta de tres componentes:

1.-Titulo (o etiqueta). Descripción breve del problema de salud. Consta de dos partes unidas por al frase “relacionado con”.

El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados, que corresponde a la etapa de planificación.

2.- Características definitorias. Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

3.- Factores etiológicos y contribuyentes. Identifican aquellos factores situaciones, patológicos o de maduración que puedan causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.

El uso de una lista de diagnósticos aceptada internacionalmente, ayudara a las enfermeras a comunicarse entre sí, usando una terminología común.¹²

La formula para un diagnostico de enfermería es:

Para escribir un diagnostico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES. (Problema, etiología, signos y síntomas) para su descripción. Es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente:

- El problema. (P).
- La causa etiológica (E).
- Los signos y síntomas (características definitorias que son evidentes en el paciente.)(S)

Este formato PES es valioso por que identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas. Se ha venido practicando hace varios años en las escuelas de enfermería.

Ayer W Patricia (1991) describe 10 normas para escribir diagnósticos de enfermería.

1. Escribir los diagnósticos con términos que se refieran las respuestas, más que a las necesidades.
2. Utilizar “relacionado/a, con”.
3. Escribir el diagnostico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
4. Escribir el diagnostico sin emitir juicios de valor.
5. Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnostica.
6. No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnostica.
7. La primera parte de la categoría diagnostica debe incluir exclusivamente los problemas.
8. Debe quedar claro que las dos partes del diagnostico no expresan lo mismo.
9. Se deben expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de la actuación de la enfermería.

¹² María de Jesús Gonzales. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso. Página 32, 33 y 35.

10. Enfermería El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.

Formulación diagnóstica en tres partes para los diagnósticos de enfermería reales.

Ejemplo:

1.- problema de salud.

Alteración del mantenimiento de la salud.

2.- etiología.

Desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones.

3.- manifestado por (Signos y Síntomas)

No asistir a control de su diabetes, lesión en pie y visión borrosa.

Formulación diagnóstica. Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionada con desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, manifestada por no asistir a su control de la diabetes, lesión en pie y visión borrosa.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1ª descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. El profesional de enfermería debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.¹³

1.4.3 Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Car penito (1987) e Ayer (1989)

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así con los cuidados proporcionados.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Objetivos de Enfermería:** Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:
 - A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
 - A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

¹³ María de Jesús Gonzales. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial. progreso. Página 36.

- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

Deben ser alcanzables, esto es, asequible para conseguirlos.

Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado de la persona. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles de la persona y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- ✓ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

- ✓ Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ✓ Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- ✓ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ✓ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ✓ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.
- ✓ Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:
- ✓ Promoción de la salud.
- ✓ Prevenir las enfermedades ,
- ✓ Restablecer la salud
- ✓ Rehabilitación.
- ✓ Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, en torno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- ✓ Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- ✓ Promover mayor nivel de bienestar.
- ✓ Controlar el estado de salud

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- ✓ Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- ✓ Prevenir que se produzca el problema.

- ✓ Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- ✓ Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- ✓ Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- ✓ Controlar los cambios de estado del paciente.
- ✓ Manejar los cambios de estado de salud.
- ✓ Iniciar las actuaciones prescritas por el personal profesional de enfermería y el personal médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.
- Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:
- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda naso gástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

- ✓ La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.
- ✓ El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".
- ✓ Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:
 - ✓ Los cuidados individualizados,
 - ✓ La continuidad de los cuidados,
 - ✓ La comunicación, y
 - ✓ La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad» - Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990),

Kahó (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991): Eliminación del papeleo. Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados. Los datos incluidos son más relevantes y más exactos¹⁴.

1.4.3.1 Clasificación de resultados esperados (NOC)

El año 1991 se creó un equipo de investigación conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de las personas que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de intervención dio como resultado la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) , una clasificación global de los resultados de la persona que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras , publicada por primera vez el año 1997 . Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como << un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera >> (Morread, Johnson & Maas, 2004, Pág. 20) Es conocido que numerosas variables junto con la intervención, influyen en los resultados de la persona. Estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta variables de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características de la persona, como su estado físico y emocional y las circunstancias vitales experimentadas. Dado que los resultados describen es estado del paciente, otras disciplinas pueden considerálos útiles para evaluar sus intervenciones.

¹⁴ Proceso de atención de enfermería-terra <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de regencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación. De cambio en el resultado del paciente en diferentes puntos. A diferencia de la información proporcionada por la manifestación de un objetivo, es decir, si un objetivo se satisface o no, los resultados NOC puede utilizarse para controlar el progreso o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferencias entornos de cuidados. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. La tercera edición de la clasificación publicada en el año 2004 consta de 330 resultados agrupados en 31 clases y 7 dominios para facilitar su uso . La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retroalimentación del usuario. Los libros de la clasificación NOC y otras muchas publicaciones documentan la extensa investigación dadivada a desarrollar y validar la NOC y otras muchas publicaciones documentan la extensa investigación NANDA , los problemas del sistema Omaha , los patrones funcionales de Gordon , el Long- Term Care Minimum Data Set , el Resident Assessment Instrument utilizado en residencias , la Internacional Clasificación of Functioning (ICF) y las intervenciones NIC la clasificación NOC se ha traducido a ocho idiomas y está experimentando un uso creciente en Estados Unidos así como en otros países . La información actual sobre la NOC está disponible en la página Web de center for Nursing Clasificación and Clinical Effectiveness: www.nursing.uiwa.edu/cnc.¹⁵

1.4.4 Ejecución

La ejecución es el comienzo de plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente.

La ejecución se llevara a cabo en tres etapas:

Etapas 1: preparación.

Consiste en la revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.

¹⁵ Marion Johnson et al Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) 2ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 3, 4, 5, 6

En el análisis del conocimiento del profesional de enfermería y de las habilidades necesarias.

Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.

Proporcionar los recursos necesarios.

Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.

Etapa 2: intervención.

El enfoque en la base de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas y emocionales de la persona. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variables, dependiendo de los problemas individuales específicos.

Generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de seis categorías.¹⁶

- Refuerzo de las cualidades.
- Ayuda a las actividades de la vida diaria.
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.¹⁷

Etapa 3: documentación.

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Hay cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del cliente.

- Las graficas narrativas.
- Las graficas orientadas hacia el problema.

¹⁶ Patricia W.Iyer, RN.MSN, CNA. Bárbara J.Taptch, RN.MA.Donna Bernochi Losey, RN, MA. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Tercera edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 197.

¹⁷ Ibídem pág. 198.

- Las graficas focus.
- las graficas por excepción.
- los registros computarizados.

Independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de enfermería, en la ejecución de las intervenciones de enfermería se utilizan cinco modelos principales estos cinco enfoques son:

- Asignación por tareas.
- Equipos de enfermería.
- Enfermería de cuidados básicos.
- Control de casos.
- Atención enfocada a la persona.

1.4.4.1 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

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

Una intervención se define como << cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente /cliente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras tanto los cuidados indirectos dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras por los médicos o por otros profesionales >> (Dochterman & Bulechek 2004. pág. 23). Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva a la intervención y una breve lista de regencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados sin embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el

profesional de enfermería elige sobre todo que ayuden en la resolución de problemas eliminando los tratamientos etiológicos más adecuados para un individuo o familia.¹⁸

1.4.5.- Evaluación

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación, se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El personal de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

En este comentario, se ha separado el proceso de enfermería en cinco fases diferentes, en la práctica real, es posible que no se termine una fase antes de pasar a la siguiente. Por ejemplo, si los datos de valoración preliminares determinan que el cliente presenta dificultades para respirar, es muy posible que tenga que suministrarle oxígeno antes de completar el resto de la valoración. Sin embargo las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación, de forma similar, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación de salud y se lleva a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud de la persona con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.

Como objetivo de esta actividad, usted determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si la persona no ha conseguido los objetivos, usted se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.¹⁹

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas:

1. ¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?
Si la respuesta es no, ¿eran adecuados los objetivos?
2. ¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería? si la respuesta es no, ¿eran exactas las respuestas humanas factores relacionados del diagnóstico de enfermería?
3. ¿Eran adecuadas las actuaciones?
4. Si la respuesta es no, ¿será necesario revisar el plan de cuidados?

¹⁸ Joanne C. McCloskey et al Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2001 Pág. 3, 4, 5, 6, 7, 8

1.5 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.5.1 Definición

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

1.5.2 Necesidades

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones .
11. Ejercer culto a Dios, acorde con su religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13. Participar en todas las formas de recreación.

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

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos, sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando el profesional de enfermería tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos. Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

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

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

Variables: estados patológicos:

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.

- Estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

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

Describe la relación enfermera – persona destacando tres niveles de intervención: como *sustituta*, como *ayuda* o como *compañera*.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.²⁰

1.5.3.- Metaparadigma

Un Metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El Metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del Metaparadigma, enfermero:

Persona:

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

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

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

²⁰ . [Virginia Henderson-terra](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm) [citado en febrero 2010] <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

Entorno:

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

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

Enfermería:

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

Relación Enfermera – Equipo de Salud.

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

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

Virginia Henderson también analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella, en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de su muerte.

La persona o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano según Virginia Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, por si mismo de acuerdo a sus propias capacidades y recursos.²¹

Salud:

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

²¹ Fernández Ferrin Carmen El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería Editorial Masson-Salvat Barcelona 1995 Pág. 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Independencia:

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

Dependencia:

Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus catorce necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las mismas. La independencia se instala en el momento en que la persona debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe hacer o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Causas de dificultad o problema:

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

Falta de Fuerza: Fuerza no es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

Falta de Conocimiento: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos posibles.

Falta de Voluntad: Esta entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas.

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

1.5.4 Elementos filosóficos

La enfermera asiste a las personas en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte tranquila.

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

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros y las esferas en que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología, la 8ª y la 9ª están relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y de 12ª a la 14ª relacionadas con la autorrealización.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe mantener su integridad: Física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

1.5.5 Postulados teóricos

- Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson.
- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero y por lo tanto no es independiente.

Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.²²

²² <http://virginia-henderson.com> 10 de febrero 10 Hrs.

2 METODOLOGÍA

LUGAR: Centro de salud de Juliantla municipio de Taxco de Alarcón Guerrero

TIEMPO: Durante el periodo de prácticas de enero marzo 2010

TURNO: matutino de 08 am a 15:30 hrs se aplicó instrumento (anexos) con las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, Se recurrió al uso de fuentes directas: la paciente con interrogatorio directo. Indirectas: expediente clínico

El presente Proceso de Enfermería se desarrolló utilizando la metodología del Proceso Atención de Enfermería a un paciente que acude a la consulta externa en el centro de salud de Juliantla, Municipio de Taxco de Alarcón Guerrero, con *infección de vías urinarias*.

En la primera etapa de valoración se obtuvo la obtención de datos aplicando la guía de valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Con ella se detectaron 7 necesidades (Nutrición/Hidratación, Eliminación, Moverse y Mantener una Buena Postura, Descanso y Sueño, Usar Prendas de Vestir Adecuadas, Higiene y Protección de la Piel, Aprendizaje). Esto se realizó por medio de la entrevista directa.

Los diagnósticos reales se encontraron de la siguiente manera:

- El problema. (P).
- La causa etiológica (E).
- Los signos y síntomas (características definitorias que son evidentes en la persona. (S).

Los Diagnósticos de riesgo se emplean los factores de riesgo. 1a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona.

- Va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE:
- Problema (P)
- Mas etiología/factores contribuyentes (E).

Los Diagnósticos de bienestar:

- Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.

La tercera etapa de planificación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.(NOC).

La cuarta etapa: **Ejecución**

La ejecución es el comienzo de plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería (NIC) que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona. Se fundamentan los cuidados y se brindan los cuidados de enfermería. Y se registran los cuidados.

La quinta etapa. Se llevo a cabo la evaluación para medir los resultados esperados.

3 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

La Sra.L.F.F.de 27 años de edad.de estado civil casada. Con antecedentes gineco-obstetra de menarca a los 12 años de edad regular de 3 días cada 28, vida sexual activa: 16 años, con una pareja sexual, Gesta: 1, Para: 0, cesárea: 0, aborto: 0 actualmente cursa con un embarazo de 28 SDG y con un diagnóstico de infección de vías urinarias

Se presenta en el centro de salud acompañada de su esposo el día 23 de febrero del 2010 a las 9:45 hrs refiere que hace 2 días cursa con dolor al orinar, tiene sensación de quemazón, orina en pequeñas cantidades, y con frecuencia tiene sensación de orinar.

Exploración física: consiente, tranquila, orientada, deambulante, con buena coloración de piel y tegumentos, cardio-pulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensa de útero grávido de FU 23 cm Al tacto se encuentra cérvix formado, cerrado, con producto libre, con pelvis ginecoide. No se detectan perdidas transvaginales.

Por medio de la exploración el médico decide mandarle hacer laboratorios de BH, QS, VDRL Y EGO y dio referencia para el "Hospital General Adolfo Prieto" para su valoración.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de Dependencia	Diagnóstico
1.- Oxigenación	Independiente	No se encuentran datos que manifiesten dependencia
2.-Nutrición/hidratación	Parcialmente independiente	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.rel. a informes verbales de aporte excesiva de grasa
3.- Eliminación	Parcialmente independiente	Deterioro de la eliminación urinaria. Relacionado con una alteración de la flora del tracto urinario. Manifestado por. disuria y urgencia para orinar
4.-Moverse y tener una y mantener	Parcialmente independiente	Fatiga al menor esfuerzo. relacionada, con el sedentarismo del embarazo manifestado por cansancio y agotamiento
5.-Descanso y sueño	Parcialmente independiente	Alteración del sueño, relacionado a cambios frecuentes de la postura por el embarazo. sueño manifestado: por dificultad para conciliar el sueño por el embarazo
6.- Usar prendas de vestir Adecuadas	Parcialmente independiente	Necesidad de proteger al cuerpo en función del clima, relacionado a la comodidad del embarazo,

		manifestada por expresión de cambios en el estilo de vida
7.-Termo regularización	Parcialmente independiente	Hipertermia relacionada con una alteración de la flora del tracto urinario manifestada por piel enrojecida, y una temperatura de 38 °C
8.-Hig. y protección de la piel	Independiente	Alteración de la flora, relacionado con la alteración de la sensibilidad Manifestado por ardor.
9.- Evitar peligros	Independiente	Necesidad de peligro ante las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.
10.-Comunicarse	Independiente	Expresar las propias emociones, necesidades y temores.
11.-Vivir según sus creencias y valores	Independiente	Necesidad de las personas relacionada en realizar actos y tomar decisiones en función de su noción personal del bien y de la justicia,
12.-Trabajar y realizarse	Independiente	Es la necesidad de realizar acciones que le permita ser autónoma.
13.-Jugar y participar en actividades recreativas	Independiente	Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de diversión.

14.-Aprendizaje

Parcialmente
dependiente

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos. Manifestado por verbalización de duda si es realmente necesario terminar el tratamiento.

3.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Jerarquización de necesidades, resultados esperados, intervenciones y evaluación.

Necesidad de termorregulación

Diagnóstico de enfermería Hipertermia relacionada con enfermedad manifestada por piel enrojecida, y una temperatura de 38°

Definición: Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

Resultado esperado (NOC)	Intervenciones: Actividades.(NIC)	Fundamentación
<p>0802 Estado de los signos vitales.</p> <p>(Normo termia)</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (11)</p> <p>Clase: Regulación metabólica(1)</p> <p>Definición: Grado en que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.</p> <p>080201 Temperatura corporal.</p>	<p>1610 Baño</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Asistir el baño con agua a una temperatura agradable</p> <p>Aplicación de compresas frías en cabeza y abdomen</p> <p>Vigilancia de temperatura a través de registro de curva térmica cada dos, o cuatro horas según requerimiento</p> <p>Manejo de líquidos por vía oral</p> <p>Toma de signos vitales cuantas veces sea necesario.</p>	<p>Estabilidad y equilibrio en funciones vitales del organismo</p> <p>Mantener el equilibrio entre la producción del calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo</p>

Necesidad de eliminación:

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado a infección del tracto urinario, manifestado por la frecuencia y urgencia de orinar.

<p>Escala:</p> <p>1.- Desviación grave del rango normal</p> <p>2.- Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3.-Desviacion moderada del rango normal.</p> <p>4.- Desviación leve del rango normal.</p> <p>5.- sin desviación del rango normal.</p>	<p>Determine los fármacos necesarios y administrar de acuerdo a la prescripción médica.</p> <p>Observe los efectos terapéuticos de la medicación.</p>	
---	---	--

Evaluación. La Sra. L.F.F. mediante el baño y la administración de medicamentos se logro tener una normo termia quedando en la escala 4. Desviación leve del rango normal.

(disfunción en la eliminación urinaria)

NOC (Respuestas esperadas)	NIC (Intervenciones de enfermería)	Fundamentación
<p>0503 Eliminación urinaria.</p> <p>(Recogida y descarga de la orina)</p> <p>INDICADORES:</p> <p>050301 Patrón de eliminación.</p> <p>050302 Olor de la orina.</p> <p>050303 Cantidad de la orina.</p> <p>050304 Color de la orina.</p> <p>050306 Claridad de la orina.</p> <p>050307 Digestión de líquidos adecuados.</p> <p>050314 Reconoce la urgencia.</p> <p>ESCALA:</p> <p>la escala 4 leve.</p>	<p>6540 Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de síntoma de retorno. • Fomentar la ingesta de líquidos. • Fomentar el reposo • Administrar terapia de antibióticos. • Ordenar al paciente que tome antibióticos según prescripción. 	<p>La medición de ingresos y pérdida de líquidos, permite la evaluación del equilibrio hídrico y posibles infecciones urinarias</p>

Evaluación:

La Sra. L.F.F. con las actividades que se le realizaron pudo tener una buena eliminación urinaria teniendo una buena cantidad de orina, quedando en la escala 4 leve.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura. Evaluación.

Diagnostico: Dolor agudo relacionado con agentes biológicos manifestado por el proceso inflamatorio renal.²³

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

Resultado esperado (NOC)	Intervenciones: Actividades.(NIC)	Fundamentación
Dominio: I conocimiento y conducta de salud. Clase: Q Conducta de salud. Control del dolor: Definición: Acciones personales para controlar el dolor. Indicadores.	Campo: 2 fisiológico complejo. Clase. H control de fármacos. Administración de analgésicos indicados por el médico. Definición. Utilización de agentes farmacológicos para disminución o eliminar el	Del contenido de la prescripción médica disminuye o evita errores en la aplicación del medicamento. La administración de analgésicos debe responder a las necesidades de cada individuo y a la vida media del medicamento, para su absorción, distribución y

²³ Ibídem Pág. 82

<p>160502 Reconoce el comienzo del dolor.</p> <p>160505 utiliza los analgésicos de forma apropiada.</p> <p>160511 Refiere dolor controlable.²⁴</p> <p>Escala:</p> <p>1.-Nunca demostrado. 2.-Raramente demostrado 3.-A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.-Siempre demostrado.</p>	<p>dolor.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p> <p>Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>Administrar técnicas de relajación y masajes</p>	<p>eliminación.</p>
--	---	---------------------

Evaluación:

La Sra. L.F.F. pudo controlar Su dolor. Al utilizar de forma adecuada los analgésicos. Quedando en la escala 5.- siempre demostrado.

Diagnostico: Fatiga al menor esfuerzo, relacionada, con el sedentarismo del embarazo manifestad por cansancio.²⁵

²⁴ SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería (**NOC**) Tercera edición editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005.

²⁵ Ibidem pag. 97.

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

Resultado esperado (NOC)	(NIC) Intervenciones: Actividades	Fundamentación
<p>Dominio. 1 salud funcional</p> <p>Clase. A mantenimiento de la energía.</p> <p>0005. Tolerancia de la actividad.</p> <p>DIFINICIÓN. Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades.²⁶</p> <p>INDICADORES.</p> <p>000509 Paso al caminar</p>	<p>Campo: 3 Conductual.</p> <p>Clase: S</p> <p>Educación de los pacientes.</p> <p>Enseñanza: actividad, ejercicio prescrito.</p> <p>DEFINICIÓN. Prepara a un paciente para que consiga y/ o mantenga el nivel de actividad prescrito.²⁷</p> <p>Actividades</p> <p>Informe a la paciente del propósito y los beneficios de la actividad.</p> <p>Iniciar con ejercicio leve e ir aumentando según tolerancia en la paciente</p>	<p>Son objetivos de la aplicación de ejercicios. Desarrollar fuerza, movilidad y equilibrio neuromuscular; mejorar funcionamiento de sistemas y aparatos del organismo; favorecer descanso y sueño, disminuir estados de ansiedad y riesgo de infecciones pulmonares urinarias.</p> <p>El conocimiento de efectos fisiológicos, dosis, frecuencia y duración de los ejercicios son elementos a considerar en un programa de ejercicios. Este programa la mecánica se basa en las necesidades de la</p>

²⁶ SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería **(NOC)** Tercera edición editorial: EL SEVIER. País: Madrid España. Año. 2005. Pág. 542.

²⁷ Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN, FAAN, Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Clasificación de intervenciones de enfermería. **(NIC)**. Cuarta edición, editorial ELSEVIER. País: España 2005. Pág. 363.

<p>000510 Distancia de caminata.</p> <p>000518 Facilidad para realizar las actividades diarias.</p> <p>Escala:</p> <p>1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.-Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido. 5.- No comprometido.</p>	<p>la actividad/ejercicio.</p> <p>Sensibilizar a la paciente a llevar un programa diario de ejercicios.</p> <p>Enseñe a la paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después de la actividad/ejercicio y la importancia de tal acción.</p>	<p>paciente, colaboración de este y sus familiares, y el conocimiento sobre</p> <p>La mecánica corporal. La evaluación clínica permite conocer la restitución, mejoramiento o conservación de la fuerza (capacidad del musculo para contraerse), elasticidad (capacidad del muslo para relajarse o contraerse) y coordinación (capacidad del musculo para trabajar simultáneamente con otros músculos) que presenta la paciente.</p>
--	---	--

Evaluación. La Sra. L.F.F. comprendió la importancia del ejercicio y de esta manera pudo conservar su energía y evitar la fatiga.

Quedando en la escala 4 levemente comprometido

Necesidad higiene y protección de la piel.

Diagnostico: Deterioro de la integridad cutánea, relacionado a la alteración de a la sensibilidad. Manifestado por ardor.²⁸

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

Resultado esperado (NOC)	Intervenciones: actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio: IV.</p> <p>Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase: Q</p> <p>Conducta de salud.</p> <p>1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.</p> <p>Definición: acciones personales para paliar o eliminar patología.</p> <p>Indicadores.</p> <p>160901 Cumple las precauciones recomendadas.</p> <p>160902 cumple el régimen terapéutico.</p>	<p>Campo: 1</p> <p>Fisiológico básico.</p> <p>Clase. F</p> <p>Facilitación de autocuidados</p> <p>1.- cuidados perineales.</p> <p>Definición: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.</p> <p>Actividades</p> <p>Ayude a la paciente con la higiene.</p>	<p>Conservación de piel y mucosas sanas e integras:</p> <p>La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.</p>

²⁸ Ibídem pag.119.

<p>160906 Evita conductas que potencien la patología.²⁹</p> <p>Escala.</p> <p>1.-Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado.</p> <p>3.-A veces demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-.Siempre demostrado.</p>	<p>Le recomendé mantener el periné seco.</p> <p>Mantuve en posición cómoda a la paciente</p> <p>2.- Vigilancia de la piel.</p> <p>Definición: recogida y análisis de datos de la paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.</p> <p>Actividades:</p> <p>Observe si hay humedad en la piel</p> <p>Observe si la ropa le queda muy ajustada.</p> <p>Vigile el color de la piel.</p> <p>Instruí medidas para evitar mayor deterioro.</p>	
--	--	--

Evaluación:

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

²⁹ SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Tercera edición editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005. Pág.206.

Necesidad descanso y sueño

Diagnostico. Deterioro del patrón del sueño, relacionado a cambios frecuentes del horario sueño-vigilia, manifestad por quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.³⁰

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

Resultado esperado (NOC)	Intervenciones: actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio: 1</p> <p>Salud funcional.</p> <p>Clase: A</p> <p>Mantenimiento de la energía.</p> <p>0004 sueño</p> <p>Definición: suspensión periódica de la conciencia durante la cual se recupera.³¹</p> <p>Indicadores:</p>	<p>Campo: 1</p> <p>Fisiológico básico.</p> <p>Clase: F Facilitación del auto cuidado.</p> <p>1850 Mejorar el sueño</p> <p>Definición: facilitar ciclos regulares de sueño vigilia.³²</p> <p>Actividades:</p> <p>Determine el esquema de sueño/vigilia de la</p>	<p>El hipotálamo controla sus funciones vegetativas e interviene en la conducta, generando alteraciones de la actividad (dinamismo, pasividad) e impulsos sensoriales según la estimulación del área de satisfacción (serenidad, docilidad, placer) o del área de aversión (dolor, ira, miedo, ansiedad, huida.)</p> <p>La hostilidad, tedio, amontonia, fatiga, lentitud, irritabilidad, bajo rendimiento y “esclavitud son de sí mismo” son manifestaciones por falta de descanso.</p>

³⁰ Ibidem pag.196.

⁵⁷ SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Tercera edición editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005. Pág. 538.

⁵⁸ Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN, FAAN, Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC). Cuarta edición, editorial ELSEVIER. País: España 2005. Pág. 613

000403 Patrón del sueño.	paciente	
000404 calidad del sueño.	Enseñe a la paciente a controlar las pautas del sueño.	El trabajo conjunto enfermera-paciente necesita comprensión, de la situación, de la paciente, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad para resolver problemas para determinar prioridades y establecer metas tendientes a conservar o fomentar la salud.
000407 habito de sueño.	Anime a la paciente a que estableciera una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al del sueño.	
Escala:	Ayude a la paciente a evitar situaciones estresantes antes de irse a la cama.	
1.-Gravemente comprometido.		
2.-Sustancialmente comprometido.		
3.-Moderadamente comprometido.		
4.-Levemente comprometido		
5.-No comprometido.		

Evaluación. La señora L.F.F. logro tener un bienestar de sueño,

Quedando en la escala 5.- no comprometido.

Necesidad usar prendas de vestir adecuadas

Diagnostico: Trastorno de la imagen corporal, relacionado a la enfermedad, manifestada por expresión de cambios en el estilo de vida.³³

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

Resultado esperado (NOC)	Intervenciones: actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio:111</p> <p>Salud psicosocial.</p> <p>Clase. M</p> <p>Bienestar psicológico.</p> <p>1200 imagen corporal</p> <p>Definición: percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.³⁴</p> <p>Indicadores:</p>	<p>Campo. 3</p> <p>conductual</p> <p>Clase: R</p> <p>Ayuda para hacer frente a problemas difíciles.</p> <p>5240 asesoramiento</p> <p>Definición: utilización de un proceso de ayuda interactiva centrada en las necesidades, problemas o sentimientos de la paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.³⁵</p>	<p>El ser humano para sobrevivir, debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima, permitir asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un grupo, a una ideología o a un status social.</p>

³³ Ibidem pag.105.

³⁴ SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Tercera edición editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005. Pág. 402.

³⁵ Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN, FAAN, Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC). Cuarta edición, editorial ELSEVIER. País: España 2005.

120001 Imagen interna de sí misma.	Actividades.	
120005 Satisfacción con el aspecto corporal.	Establecí una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto	
120007 Adaptación a los cambios en la función corporal.	Pedí a la paciente que (identifique lo que puede/no puede hacer sobre lo que sucede.	
Escala:		
1.-Nunca positivo		
2.-Raramente positivo	Ayude a la paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.	
3.-A veces positivo		
4.-Frecuentemente positivo.		
5.-Positivo.		
.		

Evaluación. La señora L.F.F. logro mejorar el trastorno de la imagen tener una buena imagen corporal quedando en la escala 5. Positivo

Necesidad de nutrición e hidratación

Diagnostico de enfermería Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.rel. A informes verbales de aporte excesiva de grasa³⁶

Definición: Riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Resultado esperado (NOC	Intervenciones: Actividades.(NIC)	Fundamentación
<p>Dominio. IV.</p> <p>Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase: S.</p> <p>Conocimientos sobre salud</p> <p>1802. Conocimiento dieta</p> <p>Definición. Grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada.³⁷</p>	<p>Asesoramiento nutricional.</p> <p>Definición. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.³⁸</p> <p>ACTIVIDADES.</p> <p>Establecer la duración de la relación del asesoramiento.</p> <p>Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se</p>	<p>La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y de las técnicas culinarias.</p>

³⁶ NANDA Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2005-2006 Editorial ELSEVIER España 2005-2006 Pág. 157.

³⁷ SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería (**NOC**) Tercera edición editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005.

³⁸ Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN, FAAN, Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Clasificación de intervenciones de enfermería. (**NIC**). Cuarta edición, editorial ELSEVIER. País: España 2005.

<p>Indicadores.</p> <p>180203 Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada.</p> <p>180203. Descripción de las ventajas de llevar una dieta recomendada.</p> <p>.</p> <p>180204 Establecimiento de objetivos para la dieta.</p> <p>180205 Explicación de las relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal.</p> <p>180212. Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimenticios</p> <p>.Escala:</p> <p>1.-ninguno.</p> <p>2.- escaso.</p> <p>3.-Moderado.</p> <p>4.-Sustancial.</p> <p>5.-Extenso.</p>	<p>Desean cambiar.</p> <p>Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar a la paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.</p> <p>Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <p>Determinar las preferencias de comidas del paciente.</p> <p>Determinar con el dietista, si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.</p> <p>Fomentar el aumento de tipo de proteínas, hierro y vitamina C</p> <p>Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p>	
---	--	--

Evaluación. La señora L.F.F. mediante el asesoramiento nutricional pudo entender en un lapso de 1 hora la importancia de llevar una dieta adecuada, el cual menciona que desarrollara estrategias para mejorar sus hábitos alimenticios, quedando en la escala de 5: extenso

Necesidad de aprendizaje

Diagnóstico. Conocimientos deficientes relacionado con mala interpretación de la información manifestado por verbalización de si es realmente necesario terminar el tratamiento.³⁹

Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES: ACTIVIDADES (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio. IV.</p> <p>Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase. conocimiento sobre salud.</p> <p>Conocimiento:</p> <p>descripción del régimen terapéutico:</p> <p>Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.⁴⁰</p> <p>INDICADORES:</p>	<p>Campo. 3 Conductual.</p> <p>Clase. S Enseñanza.</p> <p>Enseñanza acerca de los medicamentos prescritos.</p> <p>Definición:</p> <p>Informe a la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.⁴¹</p> <p>Instruí a la paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento</p>	

³⁹ Ibidem pag 57.y SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería (**NOC**) Tercera edición editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005.

⁴⁰ Ibidem pag 57.

⁶⁷ SUE Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería (**NOC**) Tercera edición editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005. Pág. 246.

<p>181301. Descripción de la justificación del régimen terapéutico.</p> <p>181304. Descripción de los efectos esperados del tratamiento.</p> <p>181310. Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Escala.</p> <p>1.-Ninguno.</p> <p>2.-Escaso.</p> <p>3.-Moderado.</p> <p>4.-Sustancial.</p> <p>5.-Extenso.</p>	<p>Informe a la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.</p>	
---	---	--

Evaluación. La señora L.F.F. con la comprobación que realice sobre sus conocimientos en relación al tratamiento y con la instrucción que le brinde comprendió la importancia de seguir al pie de la letra las indicaciones de su tratamiento.

Quedando en la escala 5 extenso

CONCLUSIONES

Al aplicar el Proceso Atención Enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson me permitió ver a mi paciente como un ser bio-psico-social y espiritual. Además pude elaborar un plan de cuidados con el cual pude brindar a mi paciente una atención de manera individual. Además me permitió tener un enfoque más humanista de acuerdo a mi profesión que este enfoque puede ser puesto en práctica en el medio de trabajo real.

Actualmente entendemos a la salud en un sentido humano integral, por lo mismo esta se pierde por la enfermedad, en todas sus dimensiones; biológicas psicológicas, sociales y espirituales, es por esta razón que la paciente debe recibir un cuidado individual integral

El estudiar el Proceso Atención Enfermería y el ponerlo en práctica es en beneficio de los pacientes.

Todo profesional de enfermería que esta ya formado y el que se está formando debería conocerlo y aplicarlo en su quehacer profesional diario.

El realizar este proceso de atención de enfermería me dio la oportunidad de experimentar muchas cosas, entre ellas, el estrés porque se me dificultó entenderle.

Y ahora tengo la satisfacción de poder realizarlo.

SUGERENCIAS

Al realizar este proceso me doy cuenta de la importancia de su utilización. Quisiera que este se implementara como una materia del plan de estudios desde el inicio de la carrera de enfermería de todas las escuelas y que de la misma forma se aplicara en las instituciones de salud. Así mismo se le diera importancia en su aplicación en todos los niveles de atención.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA, diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones 2005-2006 NANDA Internacional, Editorial ELSEVIER. 2005

González María de Jesús El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson Editorial. Progreso.1998

Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN, FAAN, Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Clasificación de intervenciones de enfermería. **(NIC)**. Cuarta edición, Editorial ELSEVIER. País: España 2005.

Marion Johnson et al Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª Edición Editorial Harcourt, Mosby, España 2000.

Patricia W.Iyer, RN.MSN, CNA. Bárbara J.Taptch, RN.MA.Donna Bernochi_Losey, RN, MA, MA. Proceso y diagnostico de enfermería. Tercera edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA.

Sus Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson, PhD, RN, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN. Clasificación de resultados de enfermería **(NOC)**. Tercera edición. Editorial: ELSEVIER. País: Madrid España. Año. 2005.

Fuentes electrónicas

Centro Nacional de Información Médica de la Mujer
<http://www.4woman.gov>.

Proceso de atención de enfermería-terra <http://www.terra.es/personal/duenas/home>

Virginia Henderson-terra [citado el 10 de marzo 2010]
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorías.htm>

GLOSARIO

Análisis de orina: análisis que se realiza sobre una muestra de orina y que puede poner en evidencia la presencia de diferentes problemas del sistema urinario y de otros aparatos y sistemas del cuerpo. Se analiza la muestra y se pueden observar las características físicas, la composición química o la presencia de fármacos, drogas o gérmenes y otros signos de enfermedad.

Ano: apertura en el extremo del tracto digestivo por donde las heces (deposición) salen del cuerpo y que se encuentra en las últimas dos pulgadas (cinco centímetros) del recto.

Antibiótico: se trata de un fármaco que mata bacterias o que evita que éstas se multipliquen.

Antibióticos por vía intravenosa: se refiere a los medicamentos que se administran directamente dentro de las venas.

Bacteria: son microorganismos unicelulares que pueden existir de manera independiente (viven en forma libre) o de manera dependiente en otro organismo para poder sobrevivir (parásito). Pueden causar infecciones y normalmente se tratan con antibióticos.

Calcio: mineral que el cuerpo necesita para fortalecer los huesos y los dientes. El calcio puede formar cálculos en los riñones.

Cistitis: también se la conoce como infección de la vejiga. Es una infección del tracto urinario que compromete a la vejiga, en la cual la vejiga se inflama y el paciente experimenta dolor y sensación de ardor en la pelvis o en la uretra.

Cultivo: es el material biológico que se hace crecer en condiciones especiales.

Cultivo de orina: se refiere a la muestra de orina que se toma con el propósito de realizar un diagnóstico.

Disuria. Dificultad o dolor para orinar

Diabetes: enfermedad médica que puede causar insuficiencia renal.

Ecografía: también se la conoce como ultrasonido. Se refiere a una técnica que hace rebotar ondas sonoras indoloras sobre los órganos para crear una imagen de la estructura de los mismos y detectar anomalías.

Endoprótesis (stent): en relación con el tratamiento de los cálculos uretrales, es un tubo que se inserta a través de la uretra y la vejiga hasta llegar al uréter, donde se lo implanta. Las Endoprótesis (o stent) se utilizan para ayudar al tratamiento de diferentes maneras, por ejemplo, para evitar que algunos fragmentos de los cálculos bloqueen el flujo de orina.

Enuresis. Es el escape involuntario de orina generalmente en la noche, y principalmente niño.

Estéril: que es incapaz de quedar embarazada o de inducir un embarazo.

Estrógeno: se trata de una hormona femenina producida por los ovarios.

Ginecólogo: es el médico que se especializa en tratar la salud de la mujer.

Hormona: es un compuesto químico natural producido en una parte del cuerpo y que se libera en la sangre para iniciar alguna función en particular del organismo o para regularla. La hormona antidiurética es la que le indica a los riñones que produzcan orina con mayor lentitud.

I.V.U: infección de las vías urinarias

Infección: se trata de una afección que resulta a causa de la presencia de bacterias u otros microorganismos.

Infección de la vejiga: también conocida como cistitis. Infección que afecta al tracto urinario y que involucra a la vejiga urinaria. Los síntomas típicos incluyen ardor al orinar, aumento de la frecuencia miccional, sensación de urgencia para orinar y pérdida involuntaria de la orina.

Infección del tracto urinario: también conocida como ITU. Es una enfermedad causada por bacterias, virus o levaduras dañinas que crecen en el tracto urinario.

Infección renal: también se la denomina pielonefritis. Es una infección que afecta al tracto urinario y que involucra al riñón. Los síntomas típicos incluyen dolor abdominal o de espalda, fiebre, malestar general y náuseas o vómitos.

ITU: también se la conoce como infección del tracto urinario. Es una enfermedad causada por bacterias dañinas que crecen en el tracto urinario.

Menopausia: se refiere a la etapa en la vida de una mujer en la que las menstruaciones cesan de manera definitiva.

Menopáusico/a: se refiere a la etapa en la vida de una mujer en la que las menstruaciones disminuyen o desaparecen.

Nefritis: se trata de la inflamación de los riñones.

Nicturia. Micción voluntaria durante la noche.

Orina: producto líquido de desecho que los riñones filtran de la sangre, se almacena en la vejiga y se elimina del cuerpo a través de la uretra durante el acto de orinar (evacuación o emisión). Alrededor del 96 por ciento de la orina está compuesta por agua y el resto son productos de desecho.

Orinar: eliminar orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. También se le dice evacuar o emitir orina.

Oliguria: disminución en la cantidad de orina

P.A.E.: proceso atención enfermería.

Poliuria. Eliminación de grandes cantidades de orina normal

Polaquiuria: necesidad frecuente de orinar en poca cantidad.

Pelviano/a: relativo a la pelvis o ubicado en ella o cerca de ella.

Potasio: elemento alcalino.

Pielonefritis: también se la conoce como infección renal, y normalmente está causada por un germen que ha ascendido a través de la uretra, la vejiga y los uréteres desde el exterior del cuerpo. Los síntomas típicos incluyen dolor abdominal o de espalda, fiebre, malestar general y náuseas o vómitos.

Quiste: saco o bolsa anormal que contiene gas, líquido o material semi sólido. Los quistes pueden formarse en los riñones o en otras partes del cuerpo.

Rectal: que está relacionado o que involucra o que está en el recto.

Riñón: uno de los dos órganos con forma de alubia que filtra los desechos de la sangre y elimina estos productos de desecho a través de la orina. Los riñones se encuentran ubicados cerca de la parte media de la espalda. Los riñones mandan orina a la vejiga a través de los tubos llamados uréteres.

Riñones: uno de los dos órganos con forma de alubia que filtra los desechos de la sangre y elimina estos productos de desecho a través de la orina. Los riñones se encuentran ubicados cerca de la parte media de la espalda. Los riñones mandan orina a la vejiga a través de los tubos llamados uréteres.

Sonda (o catéter): se trata de un tubo delgado que se inserta a través de la uretra en la vejiga para permitir que la orina drene o para realizar un procedimiento o un

estudio, como por ejemplo la inyección de una sustancia durante una radiografía de vejiga.

Tc (tomografía computarizada): se la conoce también como tomografía, tomografía axial computarizada o tomografía computarizada. Se trata de un procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza la combinación de los rayos x y la tecnología de las computadoras (ordenadores) para generar imágenes de cortes transversales del cuerpo. Muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La tomografía computarizada es un estudio más que muestra con más detalles a comparación que la radiografía simple.

Tracto urinario: sistema que toma los desechos de la sangre y los transporta hacia el exterior del cuerpo en la forma de orina. Se refiere al sistema que hace que los desechos sean conducidos desde los riñones a los uréteres, a la vejiga y a la uretra.

Tenesmo. Sensación molesta de tensión y constricción que se experimenta en la vejiga, con deseos continuos y dolorosos de expulsar orina

Uréter: uno de los dos tubos que transportan orina desde los riñones hasta la vejiga.

Uréteres: tubos que transportan orina desde los riñones hasta la vejiga.

Uretra: en los hombres, es un tubo estrecho que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo y también actúa como canal a través del cual se eyacula el semen. Se extiende desde la vejiga hasta el extremo libre del pene. En las mujeres, es un tubo corto que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo.

Urólogo: se refiere al médico que se especializa en las enfermedades del sistema urinario femenino y masculino y en el sistema reproductor masculino.

Vagina: estructura tubular en el cuerpo de una mujer que se encuentra localizada al lado de la uretra u conecta el útero (matriz) con el exterior del cuerpo. A veces también se la llama canal de parto. la actividad sexual, la pérdida de sangre durante la menstruación y el nacimiento de un bebé ocurren a través de la vagina.

Vaso o conducto deferente: también conocido como vaso deferente. Es una estructura similar a un cable que transporta espermatozoides desde el testículo hasta la uretra.

Vejiga: bolsa con forma esférica compuesta por una delgada capa de músculo flexible en donde se almacena la orina de manera temporal hasta que se elimine a través de la uretra.

ANEXOS

3.2 VALORACIÓN

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: L.F.F. **Edad:** 27 años **Peso:** 53 Kg. **Talla:** 150
Fecha de nacimiento: 25 OCT 1982 **Sexo** femenino **Ocupación:** ama de casa
Escolaridad: telesecundaria. **Fecha de admisión:** 23 de febrero 2010 **Hora:** 12 hrs
Gesta: 1 **Para:** 0 **Cesárea:** 0 **Aborto:** 0
Procedencia Juliantla Mpio de Taxco de Alarcón Guerrero **Fuente de información:** entrevista directa.
Fiabilidad (1-4): 0 **Miembro de la familia / persona significativa:** Su esposo

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANA

1.- Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

1) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido ha: No presenta alteración. **Tos productiva/ seca:** no presenta ninguna dificultad **Dolor asociado con la respiración:** no presente ningún dolor
Fumadora: No. **Desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional:** No lo hace ni por curiosidad.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Presión arterial: 120/80 **Temperatura:** 38 ° C **Frecuencia respiratoria:** 18 x'

Ruidos Respiratorios:

Tos productiva/seca: Sin alteración no presenta dolor torácico. **Estado de conciencia:** alerta, consiente, se nota un poco cansada. **Coloración de la piel/lechos inguinales/peri bucal:** Piel morena clara, ligera palidez de tegumentos, boca hidratada **Circulación del retorno venoso:** Buen retorno, no presenta venas varicosa.

Otros: siempre que realiza una actividad se fatiga. **Características de la vivienda:** cuenta con buena ventilación, espacios verdes, casa con loza de reciente construcción, piso rústico, cuenta con 4 habitaciones, por separado cocina, sala y comedor.

2) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Solo desayuna café con pan a veces cereal con leche o pan, lo hace regularmente solo o a prisa por el horario de trabajo de su esposo, almuerzo longaniza, queso, crema de rancho, Numero de comidas diarias: comidas completas solo una por la tarde, normalmente con abundantes grasas y regularmente come entre 5 y 6 comidas en el transcurso del día.

Trastornos digestivos un poco de estreñimiento

Intolerancia alimentaria/alergias: ninguna

Problemas de la masticación y deglución: no

Realización de ejercicio: Ninguno se pasa el mayor tiempo sentada.

Objetivo:

Turgencia de la piel: hidratada, algo quemada por el sol, no hay heridas, ni edema.

Membranas mucosas hidratadas/secas: Mucosas orales hidratadas

Características de uñas/cabello: uñas limpias cortas, cabello brillante bien aseada.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético. Sin alteración, sus huesos tienen aspecto de dureza no hay ninguna deformidad.

Aspecto de los dientes y encías: Dentadura completa, aseada, encías sanas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No presenta

Otros: toma de 500 a 1000 ml de agua al día, con poca frecuencia consume refrescos enlatados.

Su abdomen se encuentra ligeramente globoso a expensas del embarazo un poco de tejido graso con un poco de aire.

3) Eliminación:

Subjetivo

Hábitos intestinales: En cada comida.

Características de las heces, orina y menstruación: Las heces son de consistencia blanda, color, marrón, formadas cilíndricas. **Orina** frecuente necesidad de orinar, orina en pequeñas cantidades, tiene una sensación de quemazón, orina concentrada. Menstruación por el momento ausente

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Infecciones frecuentes de vías urinarias, presento cálculos renales. También presentaba dolor al grado de ser hospitalizada.

Uso de laxantes: No son necesarios presenta.

Hemorroides: No

Dolor al defecar/menstruar/orinar: Al orinar presenta un poco de dolor en el vientre. Cuando está nerviosa tiende a orinar con más frecuencia y se estriñe.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: cuando estoy estresada me estriño o voy con más frecuencia a orinar.

Objetivo

Abdomen/características: Presenta abdomen globoso, A expensas del embarazo, no se palpan inflamaciones sin hepatomegalia ni esplenomegalia.

Ruidos intestinales: Presentes, normales.

Palpación de la vejiga urinaria: Normal

Otros

Se preocupa si será normal ir a evacuar después de cada comida .y con respecto a las infecciones urinaria le preocupa la afectación en el funcionamiento de sus riñones.

4) Termorregulación.

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No le dificulta.

Ejercicio/tipo y frecuencia: Ahora no practica ejercicio, se siente cansada por el embarazo.

Temperatura ambiental que le es agradable: Templado, pero se adapta a los cambios de temperatura ambiental.

Objetivo:

Características de la piel: Hidratada. Quemada de sol.

Transpiración: Buena, suda al realizar alguna actividad.

Condiciones del entorno físico: Su casa es fresca, tiene buena ventilación l.

Otros: Ha tenido buena respuesta a el tratamiento.

Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

5) Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Logra realizar las actividades que requieren algún esfuerzo pero se cansa mucho y tiene que descansar porque siente que se desmaya.

Actividades en el tiempo libre: Arregla sus plantas, ver televisión.

Hábitos de descanso: Duerme de 8 a 9 hrs. en la noche, pero despierta en algunas ocasiones cansada. Descansa una hora por las tarde.

Hábitos de trabajo: los normales de la casa y le ayuda a su esposo con su trabajo de platero.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: No presenta dificultad.

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad:

Se ven limitadas al realizar esfuerzos, hace pausas para lograr terminar con labores acostumbrados.

Posturas: Conserva una buena postura al sentarse y al caminar

Ayuda para la de ambulación: No la requiere

Dolor con el movimiento: Solo al esfuerzo

Presencia de temblores: No coherente.

Estado de conciencia: Bueno, alerta,

Estado emocional: Se encuentra entrando en un estado ansioso, depresivo por la fase del embarazo

Otros: Se percibe una persona moderadamente pasiva, pues a la visita domiciliaria se encuentra sentada, se encuentra en buenas condiciones higiénicas.

6) Descanso y Sueño

Subjetivo:

Horarios de descanso: A la hora que puede noche a las 6 de la mañana.

Horario de sueño: de 11 de la

Horas de descanso: una hora

Horas de sueño: De 6 a 7 horas.

Siesta: si. Una hora

Ayunas: No

¿Padece insomnio? Ocasionalmente

A que se considera que se deba: por el embarazo, se despierta con frecuencia.

¿Se siente descansada al levantarse? Poco

Objetivo

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Coherente, buena comunicación, expresiva,

Ojeras: Ligeras

Atención: Está alerta

Bostezos: Si ocasional

Concentración: Presta atención

Apatía: No

Cefaleas: Si. Ocasionalmente

Respuesta a estímulos: Se entristece ante problemas de familiares

Otros: Ojos un poco hinchados, algo pálida refiere que en algunas ocasiones se siente más cansada que cuando se acuesta.

7) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Incluye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? Aunque se encuentra triste le gusta vestirse bien pero principalmente limpia.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No pero en estos momentos le preocupa que no pueda vestirse de manera adecuada por las constantes micciones y el tener la sensación de ardor en los genitales y por el emb.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No, me visto como a mí me gusta de manera normal.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? No es necesario,

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Puede realizarlo sola

Vestido incompleto: No **Sucia:** No **Inadecuada:** No

Otros: Tiene una actitud positiva, ante las tristezas, la persona menciona que estas se llevan por dentro, pero que hay que estar presentables para sentirse mejor.

8) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: De 1 a 2 veces al día se baña

Momento preferido para el baño: Por las mañanas, y antes de acostarse.

Cuántas veces se lava los dientes al día: Tres veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: Si

Después de eliminar: si

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?
No

Objetivo:

Aspecto general: Limpia, peinada.

Olor corporal: Usa perfume.

Halitosis: No

Estado del cuero cabelludo: Sano.

Lesiones dérmicas, que tipo: Ninguna.

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: Cuenta con un baño sin regadera, utiliza colonias como fragancias, también cremas para el cuerpo, gel para peinarse.

9) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Su esposo.

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Refiere que trata de tranquilizarse y tomar una actitud positiva avisa a su esposo y acuden al hospital.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si

En el hogar: Si

En el trabajo: Si en la prevención de accidentes en el trabajo de mi esposo, como en el motor en los ácidos. Que se que me puede afectar por los olores fuertes que sueltan. Los líquidos que utiliza para su trabajo.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? Sí los que me dan en el centro de salud como las platicas, las recomendaciones para el tratado de agua la basura y otras cosas.

Como analiza las situaciones de tensión en su vida: Las platicó con mi esposo, Y trato de arreglar las cosas confió en Dios que habrá solución.

Objetivo:

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: Es una casa de apenas 1 año de construida, presenta buenas condiciones en cuanto a espacio, está bien ventilada, cuenta con todos los servicios, el piso es rustico, en parte en la cocina tiene lamina de techo.

Trabajo: soy ama de casa y le ayudo a mi esposo a su trabajo de la plata en lo que puedo pero me cuido no esforzarme mucho por mi embarazo.

Otros: cuido de mis plantas trato de tenerlas bien conservadas.

Metas a futuro: tener un invernadero, cuidarlo, arreglar mí casa acabarla de construir.

Necesidades básicas de: *comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.*

10) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casada

Años de relación: 5 años

Vive con: su esposo

Preocupaciones/estrés: Sí le preocupa un poco su estado de salud y que como va hacer su parto.

Familiares: Le preocupa el estado de salud de su mama ya que recién quedo viuda.

Otras personas que pueden ayudar: Su hermana que vive sola y tiene 44 años.

Rol de la estructura familiar: por el momento es la Sra. Y su esposo.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Sí, a mi esposo y mi hermana.

Cuanto tiempo pasa sola: Muy poco, siempre está en casa su esposo por que trabaja en su taller.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: no tengo trabajo y reuniones solamente cada mes en lo de oportunidades.

Objetivo:

Habla claro: Si

Confusa: No

Dificultad en la visión: No **Audición:** Buena

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas:
Trata de ser una persona fuerte

Otros. Se siente satisfecha con su familia y ahora feliz con la espera de su bebé.

11) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: católica

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? No.

Principales valores en su familia: Los que están escritos en la palabra de Dios la biblia, amor, convivencia y honestidad, la familia.

Principales valores personales: Servir a Dios, honestidad y la familia.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Si por que dice tener un temor piadoso a desagradar a Dios.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso) Viste de forma sencilla, limpia y de manera normal.

¿Permite el contacto físico? Sí

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Biblia, libros, revistas relacionadas a su creencia.

Otros: En la casa hay una pequeña biblioteca, con un librero sencillo donde se encuentra todo lo relacionado a su creencia religiosa.

Menciona que de niña era católica pero empezaron a leer la biblia y cambiaron de religión, acude a sus reuniones con regularidad se pone la meta de no faltar a ninguna porque es ahí donde aprende sobre los propósitos de Dios y de esa manera se mantiene firme. Además dedica un día a la predicación pero mi religión no me la cambian soy católica.

12) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? Si. Con mi esposo

Tipo de trabajo: ama de casa, y con mi esposo.

Riesgos: Si. De sufrir algún accidente dentro de taller pero trato de evitarlos.

Cuanto tiempo le dedica a su trabajo: poco lo que puedo ayudar nada más.

¿Está satisfecho con su trabajo? Si. Porque le permite ayudar a su esposo y de manera sencilla pueden sobresalir en su hogar.

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? Sí

¿Está satisfecho (con el rol familiar que juega)? Si.

Objetivo

Estado emocional / calmada / ansiosa / enfadada / retraída / temerosa / irritable / inquieta / eufórica: Calmada

Otros:

13) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Cuidar de su jardín.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? No

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? No

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? No

Objetivo:

¿Rechaza las actividades recreativas? No

¿Su estado de ánimo es: Apático/aburrido/participativo? Participativo.

Otros:

14) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: Secundaria.

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No Tipo:

Preferencias leer/escribir: Las dos cosas.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Si.

¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? Si

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si.

Otros: Quisiera aprender más sobre las medidas preventivas sobre todo lo relacionado al salud.

Objetivo.

Estado del sistema nervioso:

Órganos de los sentidos: Alerta

1.- Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/ seca: _____ Dolor
asociado con la respiración: _____ Fumador: _____
_____ Desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día / varía la cantidad
según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Presión arterial: _____ Temperatura: _____
Frecuencia respiratoria: _____ Ruidos respiratorios: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____
Coloración de la piel/ lechos ungulares / peribucal: _____ Circulación del
retorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____

Numero de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales: _____
características de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d) termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la de ambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) descanso y sueño

Subjetivo

Horarios de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A que se considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? _____

Objetivo

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____

Concentración: _____ Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c) uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo

¿Incluye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? _____

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

d) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____

Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

Objetivo

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, que tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros:

e) necesidad de evitar peligros

Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Como analiza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

Metas a futuro: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil: _____ Años de relación: _____

Vive con: _____ preocupaciones/estrés: _____

Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol de la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo

Habla claro: _____

Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas:

Otros: _____

b) necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso); _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

c) necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente? _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ cuanto tiempo le dedica a su trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

¿Está satisfecho (con el rol familiar que juega)? _____

Objetivo

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: _____

Otros: _____

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo _____

Integridad del sistema neuromuscular

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

¿Su estado de ánimo es: apático/aburrido/participativo? _____

Otros: _____

e) necesidad de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias leer/escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? _____

¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor.: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

PATOLOGÍA

Infecciones del tracto urinario en adultos



Las infecciones del tracto urinario (ITU) son responsables de más de siete millones de consultas médicas por año y alrededor del 5 por ciento de todas las visitas a los médicos de atención primaria. Aproximadamente el 40 por ciento de las mujeres y el 12 por ciento de los hombres experimentarán al menos una infección sintomática del tracto urinario en el transcurso de su vida. ¿Cómo saber si tiene una? ¿Cuál es el mejor tratamiento? La siguiente información le resultará de utilidad.

¿Qué ocurre en condiciones normales?

El tracto urinario produce y almacena orina, que es uno de los productos de desecho del cuerpo. La orina se produce en los riñones y viaja por los **uréteres** hasta la vejiga. La vejiga actúa como contenedor para el almacenamiento de orina, y se vacía durante la micción a través de la **uretra**, que es un tubo que conecta a la vejiga con la piel. La uretra se conecta al extremo del pene en los hombres y a un área por encima de la vagina en las mujeres.

Los riñones son un par de órganos del tamaño de un puño que se encuentran ubicados en la espalda y que funcionan como sistema de filtrado para filtrar los desechos líquidos de la sangre y eliminarlos del cuerpo en la forma de orina. Los riñones regulan el equilibrio de diferentes elementos químicos en el cuerpo (sodio, potasio, calcio, fósforo y otros) y controla la acidez de la sangre. Los riñones también producen algunas hormonas. Estas hormonas ayudan a regular la tensión arterial, estimulan la producción de glóbulos rojos y promueven la fortaleza de los huesos. Los uréteres son dos tubos musculares que transportan la orina hacia abajo hasta llegar a la vejiga.

La orina normal es estéril y no contiene bacterias. Sin embargo, es posible que bacterias de la uretra logren ingresar a la orina y viajen hasta la vejiga. Las infecciones de la vejiga se conocen como **cistitis** y las infecciones de los riñones como **pielonefritis**. Las infecciones de los riñones son mucho menos frecuentes – pero a menudo más graves – que las infecciones de la vejiga.

¿Cuáles son los síntomas de una infección del tracto urinario?

Cuando ocurre una **infección del tracto urinario** (ITU), el revestimiento de la vejiga y de la **uretra** se enrojece e irrita de la misma manera que ocurre con la garganta al contraer un resfrío. La irritación puede causar dolor en el abdomen y en el área de la pelvis y puede ocasionar una sensación de necesidad de vaciar la vejiga con mayor frecuencia. Incluso puede intentar orinar y eliminar sólo unas cuantas gotas de orina y/o sentir un dolor urente cuando la orina sale. A veces es posible que pierda el control de la orina. También puede notar que la orina tiene un olor desagradable o que se encuentra turbia.

Las infecciones renales a menudo generan fiebre y causan dolor en la espalda. Estas infecciones deben tratarse con rapidez porque una infección en los riñones puede diseminarse rápidamente al flujo sanguíneo y generar una enfermedad potencialmente letal.

Las ITU a menudo se clasifican como simples (no complicadas) o complicadas. Las ITU simples son infecciones que ocurren en tractos urinarios normales. Las ITU complicadas ocurren en tractos urinarios anormales o cuando las bacterias que causan la infección son resistentes a muchos de los medicamentos antibióticos.

¿Cuáles son las causas de las infecciones del tracto urinario?

Hay grandes cantidades de bacterias que viven en el área **rectal** y también sobre la piel. Es posible que bacterias de la **uretra** logren pasar a la orina y viajen hasta la vejiga. Pudiendo, incluso, llegar a los riñones. Pero independientemente de cuán lejos lleguen, las bacterias en el tracto urinario pueden causar problemas.

De la misma manera que algunas personas son más propensas a contagiarse de un resfrío, hay personas que son más propensas a desarrollar una ITU. Las mujeres que han pasado por la **menopausia** tienen un cambio en el revestimiento de la vagina y pierden los efectos protectores del **estrógeno** que disminuye la probabilidad de sufrir una ITU. Las mujeres posmenopáusicas que tienen una ITU pueden beneficiarse con el tratamiento de reemplazo de hormonas. Algunas mujeres tienen una predisposición genética a desarrollar una ITU y tienen un tracto urinario que permite a las bacterias adherirse con más facilidad. La actividad sexual también aumenta la frecuencia de las ITU.

Se ha encontrado que las mujeres que usan **diafragmas** también presentan un mayor riesgo al compararlas con las que usan otras formas de control de la natalidad. El uso de **condones** con espermicida también está asociado con un aumento de las ITU en el sexo femenino. Las mujeres son más propensas a las ITU porque tienen uretras más cortas que los hombres, entonces las bacterias deben recorrer una distancia más corta para llegar a la vejiga.

Las probabilidades de contraer una ITU son mayores si el tracto urinario tiene una **anomalía** o si ha sido sometido a algún procedimiento de manera reciente (por ejemplo, colocación de una **sonda**). Si no puede orinar normalmente a causa de algún tipo de obstrucción, las probabilidades de desarrollar una ITU también son mayores.

Ciertas enfermedades como la diabetes también ponen a las personas en un mayor riesgo de contraer una ITU a causa de la disminución de la función inmunológica del cuerpo, lo que ocasiona una menor capacidad de combatir infecciones como las ITU.

Las anomalías anatómicas en el tracto urinario también pueden llevar a una ITU. Estas anomalías a menudo se encuentran en niños de corta edad, pero también pueden encontrarse en adultos. Pueden haber anomalías estructurales, como bolsas que sobresalen de la pared, llamadas **divertículos**, y que alojan bacterias en la vejiga o en la uretra, o incluso bloqueos, como la vejiga agrandada, que reducen la capacidad del cuerpo de eliminar la orina de la vejiga por completo.

¿Cómo se diagnostican las infecciones del tracto urinario?

Si piensa que puede tener una ITU, debe consultar a su médico. Con frecuencia es posible hacer un diagnóstico y aplicar el tratamiento sin necesidad de ir al consultorio médico. Las formas de diagnóstico de una ITU son el **análisis de orina** y/o un cultivo urinario. Se examina una muestra de orina bajo microscopio en busca de indicios de infección, como las bacterias o la presencia de glóbulos blancos en la orina. El médico también puede indicar un cultivo de orina si lo considera necesario. Si alguna vez observa sangre en su orina, debe consultar a su médico de inmediato. La presencia de sangre en la orina puede deberse a una ITU, pero también puede estar indicando otro problema en el tracto urinario.

Si tiene fiebre y presenta los síntomas de una ITU, o si los síntomas persisten a pesar del tratamiento, se recomienda que lo atienda un médico. Tal vez necesite hacerse más estudios, como una **ecografía** o una **tomografía computarizada**, para evaluar el tracto urinario.

¿Cómo es el tratamiento de las infecciones del tracto urinario?

Una ITU simple puede tratarse con un esquema corto de **antibióticos** por vía oral. Un esquema de tres días con antibióticos normalmente será suficiente para tratar la mayoría de las ITU no complicadas. Sin embargo, algunas infecciones pueden requerir un tratamiento de varias semanas de duración. De acuerdo al tipo de antibiótico utilizado, puede tomar una única dosis de medicamento por día o hasta cuatro dosis diarias. Unas cuantas dosis de medicamento pueden aliviar el dolor y la urgencia para orinar con frecuencia, pero debe completar el ciclo completo con el medicamento que le recetaron incluso aunque hayan desaparecido todos los síntomas. A menos que la ITU se trate por completo, suele recidivar con frecuencia. También debe recordar ingerir muchos líquidos, especialmente si tiene una ITU.

Si la ITU es del tipo complicado, entonces es necesario extender el período de tratamiento con antibióticos, y normalmente se comienza por vía intravenosa en el hospital. Luego de un corto período de antibióticos por vía intravenosa, se pasa a antibióticos por vía oral durante un período de hasta varias semanas de duración. Las infecciones renales normalmente se tratan como una ITU complicada.

¿Qué se puede esperar luego del tratamiento de las infecciones del tracto urinario?

Una ITU simple mejora casi siempre con los tres días de tratamiento con antibióticos por vía oral y no es necesario hacer un cultivo de orina para probar que se ha erradicado. No obstante, con una ITU complicada es necesario hacer un cultivo de orina para probar que la ITU se ha ido. Si los síntomas continúan incluso con la medicación, entonces tal vez necesite un esquema de tratamiento más prolongado, un fármaco diferente o una forma de administración diferente (por ejemplo, si está tomando los medicamentos por vía oral, tal vez necesite que se los administren por vía intravenosa).

Preguntas frecuentes:

¿Una ITU puede dañar los riñones?

Si la ITU se trata de manera temprana, entonces probablemente no tenga una influencia duradera sobre el tracto urinario. Si la ITU es recurrente o no se detecta a tiempo puede causar daños si no se remedia en forma rápida.

¿Por qué contraigo ITUs?

La mayoría de las ITUs son eventos aislados que, si reciben tratamiento, no son recidivantes. Algunos pacientes tienen predisposiciones genéticas y anatómicas que tienden a hacer que sean más susceptibles que otras personas.

¿Cómo puedo evitar una ITU?

Hay algunos pasos simples que las mujeres pueden aplicar para evitar una ITU: Las mujeres que ya han pasado por la **menopausia** y que han perdido la producción normal de **estrógeno** presentan algunas modificaciones en el revestimiento que recubre a la vagina. El reemplazo hormonal con **estrógeno** con la orientación de un **ginecólogo**, un médico de atención primaria, o ambos, puede ser una solución simple. Como algunas pacientes no pueden recibir reemplazo hormonal con estrógeno, es necesario que consulte a su médico antes de comenzar a utilizarlo.

La micción luego de la actividad sexual también puede reducir el riesgo de ITU porque puede eliminar las bacterias que se puedan haber introducido durante el acto sexual. A veces una dosis de antibióticos luego de la actividad sexual puede ayudar a prevenir la recidiva de una ITU.

Ciertas formas de control de la natalidad como los espermicidas y los **diafragmas** pueden aumentar el riesgo de contraer una ITU en las mujeres que los utilizan como método anticonceptivo.

También debe beber mucho líquido para tener una buena hidratación.

No debe demorar la micción y no debe orinar apurada. La retención de orina y el hecho de no vaciar por completo la vejiga también puede aumentar el riesgo de sufrir una ITU.

Debe limpiar desde adelante hacia atrás para evitar que las bacterias de la zona del **ano** ingresen a la vagina o a la **uretra**.

¿Cuándo debo preocuparme?

Si tiene síntomas de una ITU y está recibiendo tratamiento y no observa una mejoría de los síntomas, o si tiene síntomas de una ITU acompañados de náuseas y vómitos, entonces debe consultar un médico. Si alguna vez observa sangre en su orina, debe consultar a su médico de inmediato.

¿Qué ocurre si estoy embarazada?

Si está embarazada y tiene los síntomas de una ITU debe consultar a su médico de inmediatamente. Una ITU durante el embarazo puede poner tanto a la madre como al bebé en riesgo si no se trata de manera rápida y adecuada.

¿Si la ITU es recidivante, puedo superarla?

Si tiene varios episodios de ITU recidivante (tres o más por año), entonces debe consultar a su médico para hacer algún estudio como un **análisis de orina**. También puede ser necesario realizar una **ecografía** o una **tomografía computarizada** para controlar que no haya anomalías en el tracto urinario. Si continúa teniendo episodios de ITU, puede beneficiarse con un esquema más prolongado de **antibióticos** o tomando un antibiótico luego de la actividad sexual. También hay métodos de autoanálisis que puede coordinar con la ayuda de su urólogo para poder hacer tanto el diagnóstico como el tratamiento de las ITU en su casa.⁴²

⁴² Medline Plus Spanish U:S National Library Enciclopedia consultado en Febrero 2010