

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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN PACIENTE
EMBARAZADA DE 20 SDG CON DETERIORO EN LA ELIMINACIÓN
URINARIA**

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

PRESENTA:

PÉREZ ANDRES REYNA

No. DE CUENTA: 40712003

DIRECTORA ACADÉMICA:

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción	1
Justificación	3
Objetivos	4
Generales	
Específicos	
Capítulo I	5
metodología	
Capítulo II	7
Marco teórico	
Definición de enfermería	
Proceso atención de enfermería	7
Teoría del cuidado	
Historia del proceso atención de enfermería.	9
Generalidades del proceso atención de enfermería	
Etapas del proceso atención de enfermería	
Valoración	
Entrevista	10
Examen físico	
Exámenes de laboratorio y gabinete	
Resumen clínico.	
Diagnóstico de enfermería	17
Planeación	29
Taxonomía	
NOC	
Ejecución	31
Taxonomía	
NIC	
Evaluación	33
Generalidades de modelo de Virginia Henderson.	35
Definición	36
Necesidades básicas	
Metaparadigma	37

Afirmaciones teóricas	
Capítulo III	
Aplicación de proceso atención enfermero.	
presentación del caso	
Valoración de las 14 necesidades	41
Diagnóstico de enfermería	42
Plan de cuidados de enfermería	45
Evaluación	
Conclusiones	54
Sugerencias	55
Bibliografía	56
Anexos	
Instrumento de valoración.	
Glosario	57
Evaluación del riesgo	58
Patología	68
Concepto	
Anatomía	
Fisiopatología	
Etiología	
Signos y síntomas	
Tratamiento complicaciones.	

INTRODUCCION

La enfermera en todo en ámbito profesional requiere de conocimientos científicos para obtener resultados de las acciones con una fundamentación específica. Años atrás los cuidados de enfermería se basaban principalmente en ordenes médicas escritas enfocadas hacia las enfermedades que a la propia persona al igual los cuidados se aplicaban guiados por la intuición y no por un método científico.

La aplicación del proceso atención enfermero, se lleva a cabo dada la necesidad de contar con un método científico que nos permite plasmar la integración de conocimientos clínicos - teóricos - prácticos a problemas relacionados con la salud del ser humano.

A través de la información con los conocimientos adquiridos durante la formación académica. El objetivo principal es la atención de calidad individuo sano y enfermo, en forma íntegra e individualizada basada en el modelo de Virginia Henderson.

Por ello se han utilizado estos conocimientos en el presente caso clínico aplicado, a una persona con un embarazo de 20 semanas de gestación con deterioro del patrón de la eliminación urinaria, debido a una infección en el tracto urinario y que a través de este método se han detectado y priorizado las necesidades, utilizando una metodología que ofrece al individuo atención individualizada continúa y de calidad, así mismo se da a conocer el modelo y diseño del plan de atención de enfermería, objetivos que desean alcanzar, tiempo, material y equipo necesario para esta investigación.

Haciendo mención de este trabajo se realiza bajo el consentimiento de la señora Rocío P. Z. pretendiendo interactuar con ella y llevando a cabo la más estricta ética profesional.

Para finalizar cabe mencionar que la experiencias y conocimientos adquiridos se verán reflejados en mi desempeño profesional, elevando con ello la calidad y calidez de los cuidados de enfermería.

El egresado de la licenciatura en enfermería y obstetricia debe de ser capaz de desarrollar las habilidades cognitivas, comunicativas y tecnológicas para el cuidado de la persona; es por ello de una evidencia del cual está dirigido a una mujer embarazada con afección de las necesidades de oxigenación. El estudio se realizo en el Hospital General de Tetecala Dr. Rodolfo Becerril de la Paz. La metodología utilizada será la propia del proceso de atención de Enfermería para los cuales se aplicaron cinco pasos del proceso, como son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

JUSTIFICACIÓN

Enfermería preocupada por los problemas de salud que se viven en la actualidad debido a la tasa de mortalidad de abortos o recién nacidos prematuros en la cual debemos contribuir a tratar de solucionar o aminorar los problemas ya mencionados.

El profesional de enfermería ya actualizado, hace conciencia para vincular las necesidades que estos problemas contribuyen a amenazas más graves.

Enfermería hace participe con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requerida por las embarazadas, familiares y resto de la sociedad.

La escuela nacional de enfermería y obstetricia prepara a la enfermera (o) a brindar apoyo físico, emocional y psicológico, para brindar ayuda sin tomar en cuenta, color, religión o nivel social.

Por ello la elaboración de este proceso en tomar conciencia principalmente en el estado de gravidez en que se encuentran las embarazadas, contribuir brindando cuidados de calidad y calidez a pacientes que requieren ser escuchadas y entendidas.

Tomando en cuenta las 14 necesidades de Virginia Henderson, que son las esenciales para la vida e incluso podría decirse las más importantes para valorar las necesidades que nuestras pacientes requieren.

I.OBJETIVOS

- **General**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería e identificar la priorización de problemas reales y potenciales de la paciente embarazada de 20 semanas con infección del tracto urinario estableciendo los cuidados planeados y ejecutados para evaluar los resultados en base al Modelo de Virginia Henderson.

1.2. Específicos

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

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

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

1.2.4. Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería planeados.

METODOLOGIA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica del Proceso Atención Enfermero (PAE) y del modelo de Virginia Henderson, sustentado en la teoría de las 14 necesidades.

Posteriormente se selecciono una persona para llevar a cabo este Proceso Atención Enfermero.

La ventaja en la aplicación del Proceso Atención Enfermero es la cercanía, lo que permite tener un acceso frecuente en la entrevista durante las cuatro visitas establecidas con un horario de dos horas y me permitirá tener un posterior seguimiento de su caso.

En la primera entrevista se dio a conocer el por qué de la realización y participación de la paciente en este trabajo y los objetivos planeados, haciendo énfasis en que los datos obtenidos serán confidenciales con apego a la ética profesional.

La valoración se realizo en base a las catorce necesidades de Virginia Henderson, a través de la entrevista directa a la persona e indirecta por los familiares o personas cercana a ella, lo que me permitió construir los diagnósticos de enfermería apoyado en la base de lineamiento de las interrelaciones NANDA, NIC, NOC.

Así mismo la planeación se realizo de acuerdo a los problemas afectados a través de la entrevista directa, exploración física e interrogatorio, mismo que se llevaran a cabo con los recursos y apoyos diversos.

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

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

Finalmente la evaluación nos permitirá ver el grado de resoluciones en relación, a los objetivos planeados en el Proceso Atención Enfermero.

Es importante mencionar que la revisión y corrección en la elaboración de todo este proceso, se basó en sesiones presenciales con la señora Rocío en forma continúa.

Valoración

La valoración de enfermería se realizó

Bajo el consentimiento de la señora Rocío, exploración se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física. Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual está diseñada por necesidades.

Diagnósticos de enfermería

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

Planeación

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

Las intervenciones fueron de tipo independiente e interdependiente; cada una de ellas fue fundamentada en la forma del plan de atención de enfermería por cada diagnóstico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo de claridad de la enfermera de los que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la señora Rocío.

Los criterios de resultado, permitieron comparar y analizar los resultados obtenidos después de la intervención de los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el plan de atención.

Ejecución

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

Evaluación

Estos rubros dieron la pauta para evaluar el plan de atención inicial y retroalimentarlo. Siendo el proceso de atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitiera dar un sustento teórico. Instrumentación del proceso de atención de enfermería.

II.-MARCO DE REFERENCIA

2.1. Proceso de Atención de Enfermería

2.1.1 Concepto

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

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

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

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

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería, es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de

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

enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas por el que el profesional de enfermería utiliza opciones, conocimientos, habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales para diagnosticar y tratar los problemas reales o potenciales de la salud, y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

2.1.2 Características:

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

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

La enfermera (o) al aplicar el proceso podrá experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es

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

decir un pensamiento analítico “deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias”.³

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

2.1.3. Perspectiva histórica del Proceso de Atención de Enfermería

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

Se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

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

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

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

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

³ RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.31

terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aun en nuestros días.

2.1.4. Valoración

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

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

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

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

Tipos de valoración:

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

Fuentes de información:

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

Tipo de datos:

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

Métodos de valoración:

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

- *La observación:* Es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado para reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación tiene dos aspectos, reconocer los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir; percibirlos.

- *La entrevista:* Es una comunicación programada ó una conversación que se realiza con el propósito, de dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo, o proporcionar asesoramiento o tratamiento. Hay dos sistemas de entrevistas:
 - a) *La entrevista dirigida:* Es muy estructurada y proporciona información específica, la enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma haciendo preguntas cerradas. El cliente responde a las preguntas con poca posibilidad de hacer preguntas o de comentar sus inquietudes.

 - b) *Entrevista no dirigida:* La enfermera incita la conversación haciendo preguntas abiertas y permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de charla, para crear una relación de compenetración, que es el entendimiento entre dos o más personas.

- *Exploración física:* La exploración física es un método sistemático de recolección de datos que utiliza las capacidades de la observación llevando a cabo el método cefalocaudal para descubrir problemas de salud.

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

- a) *Inspección:* “La inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído” .Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden ha seguir, con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor, ruidos que emite el cliente etc.

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

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

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

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

⁴RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.44

- *Los informes médicos*, historia clínica, exploración física notas de evolución y consultas, dan pauta sobre la salud, enfermedades anteriores y actuales del cliente, suministra información sobre los comportamientos que adopta el cliente, sus hábitos de salud, enfermedades y alergias previas.

- *Los informes sobre el tratamiento de otros profesionales sanitarios*, tales como asistentes sociales, especialistas en nutrición dietistas, psicoterapeutas ayudan a obtener datos no expresados por el cliente, por ejemplo informe sobre condiciones de vida.

- *Los datos de laboratorio* aportan información sanitaria de interés, a menudo se solicitan formando parte de la exploración inicial del médico, para ayudar al diagnóstico o vigilar un tratamiento médico. Las enfermeras podemos utilizar la misma prueba de laboratorio para vigilar la respuesta del cliente a las actuaciones
- *Los informes verbales de otros profesionales sanitarios* sirven de posibles fuentes adicionales para informarse sobre la salud de un cliente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando se traslada a los clientes a su casa o se envía desde ella a otros centros de asistencia sanitaria.

- *La revisión de la literatura, sobre enfermería y publicaciones* relacionadas, como revista profesionales y texto de consulta aportan otros informes para la base de datos, entre algunas normas útiles para comparar hallazgos (tablas de estatura, peso etc.), hábitos sanitarios culturales y sociales, creencias espirituales, datos adicionales para la valoración, actuación de enfermería y criterios de evaluación, información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

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

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

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

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

➤ *Modelos conceptuales de enfermería:*

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

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

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

➤ *Modelos de bienestar:*

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

➤ *Modelo de sistemas corporales:*

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

➤ *Jerarquía de necesidades Maslow:*

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

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

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

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

Las deducciones son las conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios. Para recoger los datos en forma precisa, la enfermera debe tener en cuenta sus propios prejuicios, valores, creencias, y separar los hechos de las deducciones, interpretaciones y suposiciones.

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

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

Con respecto al registro de datos, este varía de un centro laboral a otro, pero “el saber cómo y el que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional”.⁵

Recomendaciones en el momento de efectuar anotaciones:

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

⁵ RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.47

2.1.5. Diagnostico de Enfermería

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

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

Diagnóstico de enfermería:(NANDA 1990).

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

Antecedentes de la NANDA:

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

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

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

1.-El lenguaje de diagnósticos desarrollados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

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

2.-El lenguaje de intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

3.-El lenguaje de los resultados de la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC).

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

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

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

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

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

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

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

⁷ Ibíd. pp. 134

Diagnósticos de la NANDA:

Definición de ejes:

- *El concepto diagnóstico:* se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. Describe la “respuesta humana” y es núcleo del diagnóstico.

El sujeto diagnóstico: se define como la(s) persona(s) concreta(s) para

Las que se formula un diagnóstico determinado. Sus valores son:

- Persona: Ser humano singular, distinto a los demás.
 - Familia: Dos o más personas que mantiene relaciones continuas o sostenidas, que perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionados por consanguinidad o elección.
 - Grupo: Varias personas que comparten características.
 - Comunidad: Grupo de personas que viven en un mismo lugar bajo el mismo gobierno (vecindarios, ciudades etc.)
- *El juicio* es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Los valores del juicio son:

VALOR

DEFINICION

1) Alterado

Agitado, interrumpido, que ha sufrido una interferencia.

- Anticipado

Hecho de antemano, previsto

- Bajo

Por debajo de la norma.

- Comprometido

Lesionado, vulnerable a una amenaza.

- Defensivo

Usado o intentado usar como

	defensa o protección.
• Deficiente	Inadecuado, insuficiente.
• Desequilibrado	Que ha perdido proporción o equilibrio.
• Desproporcionado	Demasiado grande o pequeño en comparación a la norma.
• Desorganizado	Dispuesto o controlado de manera inadecuada.
• Deteriorado	Debilitado o lesionado.
• Disfuncional	De función anormal.
• Disminuido	Reducido en (numero cantidad o grado).
• Disposición para	En un estado apropiado para una actividad o situación.
• Efectivo	Que produce el efecto pretendido o deseado.
• Excesivo	Mayor de lo necesario o deseable
• Incapacitado	Limitado o discapacitado.
• Inefectivo	Que no produce efecto pretendido o deseado.
• Interrumpido	Que se ha roto la continuidad.
• Mejorado	Acrescentado la calidad, valor o extensión.
• Organizado	Adecuadamente dispuesto controlado.

- Percibido Observado a través de los sentidos.
- Retrasado Tardío, lento, pospuesto.
- Situacional Relacionado con una Circunstancia particular.

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

- Auditivo
- Cardiopulmonar
- Cerebral
- Cenestésico
- Cutáneo
- Gastrointestinal
- Gustativo
- Intestinal
- Intracraneal
- Intracraneal
- Membranas mucosas
- Neurovascular periférico
- Olfatorio
- Oral
- Renal
- Táctil
- Vascular periférico
- Visual

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

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

- *El tiempo* describe la duración del concepto diagnóstico sus valores son los siguientes:
- Agudo: Menos de 6 meses
 - Crónico :Más de 6 meses
 - Intermitente: Cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
 - Continuo: Ininterrumpido sin parar

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

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

Etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas

1.- RESPIRACIÓN:

*Gasto cardiaco, disminución del

- Intercambio gaseoso, deterioro del
- Vías aéreas, limpieza ineficaz de las
- Respiratorio, patrón ineficaz
- Ventilación espontánea, dificultad para mantener la
- Destete respiratorio respuesta disfuncional al
- Asfixia, alto riesgo de
- Aspiración, alto riesgo de

2.- ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

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

⁸ NANDA Internacional "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación" Edición 2007-2008 pp. 266-271.

3.- ELIMINACIÓN:

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

4.- MOVILIZACIÓN:

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

5.- REPOSO/SUEÑO:

- Sueño, alteración del patrón

6.- VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA:

- Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento

7.- TEMPERATURA:

- Temperatura corporal: Alto riesgo en la alteración
- Hipotermia

- Hipertermia
- Termorregulación ineficaz

8.- HIGIENE/PIEL

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

9.- SEGURIDAD:

- Infección, alto riesgo de
- Disreflexia
- Lesión, alto riesgo de
- Intoxicación, alto riesgo de
- Traumatismo, alto riesgo de
- Protección, alteración de la
- Familiares, alteración de los procesos
- Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el
- Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el
- Afrontamiento defensivo
- Negación ineficaz
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)
- Crecimiento y desarrollo, alteración del
- Traslado, síndrome de estrés por
- Dolor
- Dolor crónico
- Duelo disfuncional
- Duelo anticipado
- Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
- Automutilación, alto riesgo de
- Post-traumática, respuesta
- Violación, síndrome trauma de
- Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta
- Violación, síndrome traumático de: reacción silente
- Ansiedad
- Temor

10.- COMUNICACIÓN:

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

11- RELIGIÓN/CREENCIAS:

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

12- TRABAJAR/REALIZARSE

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

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS:

- Actividades recreativas, déficit de

14.- APRENDER:

- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo

- Conocimientos, déficit de (especificar)
- Pensamiento, alteración de los procesos de

Componentes de un diagnóstico enfermero:

1.- Enunciado del problema (Etiqueta diagnóstica)

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

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

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

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

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

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

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

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

3.- Características definitorias

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

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

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

Tipos de diagnósticos enfermeros

1.- *Diagnóstico de enfermería real.*

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

2.-*Diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo.*

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

3.-*Diagnóstico de enfermería posible.*

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

4.- *Diagnóstico de enfermería de salud o bienestar.*

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

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

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

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

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

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

2.1.6. Planeación

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

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

Los pasos de la planeación son:

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

Tipos de intervenciones de enfermería:

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

➤ *Intervenciones independientes*

Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades, comprenden los cuidados físicos, la

evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia de otros profesionales sanitarios.

➤ *Intervenciones dependientes*

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

➤ *Intervenciones interdependientes*

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

Criterios de resultado:

Es el establecimiento de objetivos de acuerdo a los resultados.

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

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

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

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

Estándar: Identificación de resultados

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

Criterios de medición

1. Los resultados derivan de los diagnósticos.
2. Se documentan como objetivos mensurables.
3. Cuando la situación lo permite, se formulan con el cliente y el personal sanitario.
4. Son realistas en la relación con las capacidades actuales y potenciales del paciente.

5. Son alcanzables en relación con los recursos disponibles para el paciente.
6. Contemplan un plazo para conseguirlos
7. Brindan directrices para unos cuidados continuados.

Fines de los objetivos/criterios de resultado:

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

Componentes de los enunciados de objetivos/criterio de evaluación:

1. Sujeto: Un sustantivo de este es el cliente, cualquier parte del cliente o algún atributo del mismo (pulso o producción de orina etc.).
2. Verbo: Denota una acción que el paciente debe realizar.
3. Condiciones o puntualizaciones: Pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del cliente. Explican el qué, el dónde, el cuándo y el cómo.
4. Criterio de resultado esperado: El criterio indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el cliente, llevará acabo la conducta especificada, Estos criterios pueden concretar el tiempo, o la rapidez, precisión distancia y calidad.¹⁰

2.1.7. Ejecución

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

Los pasos de la ejecución son:

- **Preparación** la cual consiste en:

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

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

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

- **Documentación:**

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

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

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

Habilidades de enfermería en la ejecución:

- **Habilidades cognitivas:** (intelectual) Incluye la solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento crítico y pensamiento creativo.
- **Habilidades interpersonales:** Es la capacidad de la enfermera que utiliza al comunicarse directamente con otras personas, las habilidades interpersonales son necesarias para todas la actividades de enfermería, incluye conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales del cliente y de su estilo de vida.

¹¹RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.89-90

- **Habilidades técnicas:** Son habilidades manuales como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes movilizar al cliente etc. Las habilidades técnicas requieren de conocimiento y destreza manual.

NOC

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería)

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Más, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud sicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

NIC

- La clasificación de las intervenciones de enfermera (NIC) es una lengua comprensiva, estandarizada que describe los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Las intervenciones del NIC incluyen el fisiológico y el sicosocial. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud. Las intervenciones que van dirigidas a los individuos o para las familias. Intervenciones indirectas del cuidado y algunas intervenciones para las comunidades, entre muchas otras.
- Cada intervención del NIC tiene un número único que pueda facilitar la automatización. Las intervenciones del NIC se han ligado al desarrollo del trabajo de la enfermera de NANDA y a los problemas de sistema de Omaha y están en curso de ser ligado a resultados pacientes de la clasificación de los resultados del oficio de enfermera (NOC). Hay una forma y un sistema de la revisión para someter las sugerencias para las nuevas o modificadas intervenciones

2.1.8 Evaluación

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

Evaluación de las respuestas al cliente:

- Identificar evaluación esperada.

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

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

Estándar: Evaluación

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

Criterios de medición:

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

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

2.2. Necesidades fundamentales de Virginia Henderson

2.2.1. Antecedentes históricos de Virginia Henderson

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

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería. Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicara y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

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

Virginia Avenel Henderson (1897-1996).



- ❖ Nació en Kansas City, de 1897.

Missouri el 19 de Marzo

- ❖ 1918 inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...
- ❖ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ❖ 1922 inicia su carrera como docente.

- ❖ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ❖ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ❖ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- ❖ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- ❖ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- ❖ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ❖ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ❖ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ❖ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
- ❖ 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- ❖ Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Recibe nueve títulos doctorales honoríficos.
- ❖ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.
- ❖ La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fué bautizada con el nombre de Virginia Henderson. 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- ❖ Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.¹³

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

Principales conceptos y definiciones.

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

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

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

Metaparadigma:

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

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

1.- Persona

- Necesidades básicas

2.- Salud

- Independencia
- Dependencia
- Causas de la dificultad o problema

3.- Rol profesional

- Cuidados básicos de enfermería

- Relación con el equipo de salud

4.-Entorno

- Factores ambientales
- Factores socioculturales

a) La persona y las 14 necesidades básicas

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

- Oxigenación
- Nutrición e hidratación
- Eliminación
- Moverse y mantenerse en buena postura
- Descanso y sueño
- Usar prendas de vestir adecuadas
- Termorregulación
- Higiene y protección de la piel
- Evitar peligros
- Comunicarse
- Vivir según sus creencias y valores
- Trabajar y realizarse
- Jugar y participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje.

La salud independencia/dependencia y causas de la dificultad.

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

❖ **Independencia**

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

❖ **Dependencia**

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

➤ **Las causas de la dificultad**

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

- a) *Falta de fuerza*: Se interpreta por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes, la cual se determina por su estado emocional, psíquico, capacidad intelectual etc.
- b) *Falta de conocimiento*: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- c) *Falta de voluntad*: Se entiende como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus necesidades.

1. Tipos de dependencia

- ❖ Dependencia total o parcial
- ❖ Dependencia temporal o permanente

Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

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

- *Rol autónomo:* Es decir; que la enfermera ejerce en base a un modelo de enfermería, el cual le proporciona la guía o estructura teórica. En el desarrollo de este rol, las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.
- *Rol interdependiente:* Es decir; que la enfermera ejerce en base a su trabajo, en colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente que está bajo un diagnóstico y tratamiento médico. Las actividades de este rol se central en la vigilancia, control y prevención de complicaciones relativas a la situación de enfermedad y tratamiento que está recibiendo.
- *Rol dependiente:* Es decir; que la enfermera forma parte de un equipo de salud, lo que significa que también cumple las órdenes prescritas y lleva acabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.15

Causas de dependencia:

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

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

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

14 Necesidades de Virginia Henderson.

1. Oxigenación: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2. Alimentación e hidratación: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3. Eliminación: Eliminar fisiológicamente los productos metabólicos de desecho perjudiciales del cuerpo humano.

4. Moverse y mantener una buena postura: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5. Sueño y descanso: Estado fisiológico de inconsciencia y relativa inmovilidad de los músculos voluntarios, que es fácil y completamente reversible con estímulos.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7. Termorregulación: Mantener temperatura corporal adecuada.

8. Higiene corporal y la integridad de la piel: Asearse y mantener íntegra la piel.

9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Comunicarse: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11. Creencias y valores: expresión del cliente de sus creencias y valores.

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

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

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

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSÓN.

Sra. R.P.Z. de 32 años de edad, con peso 79.600 kg. Talla 1.53cm. Refiriendo los siguientes antecedente, mantenido una información directa.

Menciona que es casada, ama de casa, con secundaria terminada, niega traumatismos, adicciones, inmunizadores completas, vive en casa propia el material es de tabique, el techo de loza, pavimentada consta de 2 recamaras 1 baño una cocina pequeña al igual que una sala su familia son 5 y serán 6 con este que viene en camino cuenta con los servicios de luz, agua potable, fosa séptica por que la comunidad no cuentan con drenajes.

Antecedentes gineco obstétricos.

Monarca a los 11 años, ritmo cada 28 días x tres días, IVSA a los 18 años, gesta-3, P-0, A-0, C-3, refiere que anteriormente se controlaba con anticonceptivos orales, un tiempo le colocaron el DIU, hasta con inyecciones.

F.U.M.18 de agosto de 2009 F.P.P. 25 de mayo del 2010.

Antecedentes heredo familiares, refiere abuela paterna hipertensa, resto de familiares aparentemente sanos.

Es referida de centro de salud de Coatetelco Morelos a este hospital de Tetecala por que el día 5 de noviembre del 2009 refiere que presento sangrado transvaginal en poca cantidad y dolor agudo tipo obstétrico al igual que ardor y dolor al orinar, a la actualidad presenta un embarazo de 20 SDG, la ginecóloga indica exámenes de laboratorio como son: BHC, Qs. EGO, TP, TPT, GPO y RH y ultrasonido obstétrico, el cual al presentar resultados reportan una infección de vías urinarias, posteriormente a los resultados de laboratorio y estudios de gabinete es valorada nuevamente por ginecóloga la cual hace mención que es muy importante que se hospitalice para tener un mejor control y tratamiento médico y así evitar posibles complicaciones tanto para ella y principalmente para su bebe como (amenaza de parto pre termino) al ser informada la paciente del problema de salud y las posibles complicaciones durante la valoración de enfermería se observa angustiada, preocupada y con miedo para afrontar la situación, ya que carece de información, de los conocimientos adecuados acerca de su padecimiento. Se trata de dar información y de tranquilizarla un poco, posterior mencionar las medidas que debe tomar principalmente en tratamiento indicados por médico y el beneficio de tomar agua de 2 a 3 litros al día y la ropa interior que debe usar de algodón, no ropa ajustada porque eso propicia más al proceso de infección, refiere que tomara muy en cuenta las recomendaciones ya que ella desea que su bebe tenga un buen desarrollo durante todo su embarazo y prevenir mayores riesgos.

VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA

Necesidad de Oxigenación

Datos de independencia: Vías respiratorias permeables, frecuencia, ritmo profundidad respiratoria normal.

Datos de dependencia: no se observan.

2.-Necesidad de nutrición e hidratación

Datos de independencia: Come en casa realiza tres comidas al día, Menciona que sigue una dieta variada y equilibrada, consume todos Los alimentos como son: tortillas en el almuerzo-4, comida-6, la cena-4, huevos 4 veces por semana, carne 2 veces por semana Leche 1 va so a diario los 7 días de la semana, frutas 1 a diario de de Temporada, cereal un día a la semana, refrescos 4 veces a la Semana, carnes 3 veces a la semana.

Agua menos de un litro al día, frijoles todos los días de la semana.

Datos de dependencia: no se observan.

3.- Necesidad de la eliminación

Datos de independencia: Eliminación urinaria, muy frecuente de 5 a 7 veces al día de poca cantidad, ardor y dolor, las anomalías que presenta al momento de la micción piensa que no son normales.

Realiza una evacuación al día.

Datos de dependencia: La orina es muy concentrada y de poca Cantidad.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Datos de independencia: Postura corporal adecuada, realiza con pocas ganas sus labores cotidianas.

Datos dependientes: prescripción de ligero reposo por la incomodidad que refiere por los síntomas que refiere.

5.- Necesidad de descanso y sueño

Datos independientes: Duerme de 5 a 6 horas durante la noche, Levantándose.

un poco floja y sin ganas de realizar sus actividades de la casa.

Datos de dependencia: Necesita ayuda en los labores.

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Datos de independencia: Viste ropa un poco incomoda como son: pantalón de mezclilla y ropa interior de Nylon.

Datos dependientes: pregunta que ropa debe usar en su estado y por problema de salud para una pronta recuperación.

7.- Necesidad de termorregulación

Datos independiente: Temperatura de 36.5°C.

Datos de dependencia: NO se observan.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Datos de independencia: Aspecto limpio y aseado, menciona que realiza baño diario con respectivo cambio de ropa, higiene dental solo una vez al día.

Datos dependientes: Pregunta que si está bien su aseo dental una

- vez al día.
- 9.- Necesidad de evitar peligros
Datos dependientes: la paciente y sus familiares (esposo), están informados de los riesgos que puede ocasionar a su embarazo y las Medidas a utilizar para prevenir (aborto).
Datos de independencia: no se observan
- 10.- Necesidad de comunicarse
Datos de independencia: Funcionamiento adecuado de los órganos de los Sentidos.
Datos de dependencia: No se observan
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
Datos de independencia: Es católica acude uno que otro domingo a misa.
Datos de dependencia: Esta preocupada por su estado de salud Pero menciona que tiene fe y que todo saldrá bien.
- 12.- Necesidad trabajar y realizarse
Datos de independencia: Se considera buena ama de casa y amorosa con sus otros hijos, le gusta costurar, ir de visita a casa de sus familiares a las reuniones escolares de sus hijos menciona que así se distraerse un poco.
Datos de dependencia: No se observan
- 13.- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
Datos independientes: Es una persona alegre y sociable a pesar de su preocupación, participa en convivió con sus familiares, por ratos camina.
Datos dependientes: Durante la entrevista, expresa que se aburre cuando esta sola.
- 14.- Necesidad de aprendizaje
Datos de independencia: Manifiesta el interés por aprender y conocer todo lo que respecta a su situación de salud, como es la Infección que presenta.
Datos de dependencia: NO se observan.

NECESIDAD: Eliminación

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio, secreción excreción de los productos corporales de desecho.

CLASE: Función urinaria.

CODIGO: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

CONCEPTO: Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina.

Diagnostico de enfermería deterioro de la eliminación relacionada a infección del tracto urinario manifestado por polaquiuria y tenesmo.

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

NOC. (Resultados esperados)

0503 Eliminación urinaria

Indicadores:

050301 Patrón de eliminación

050303 Cantidad de orina

050331 Micción frecuente

050312 Incontinencia urinaria

050313 Vaciar la vejiga correctamente

Escala: 3 Moderadamente comprometido

NIC. (Intervenciones de enfermería)

5510 Educación urinaria.

Desarrollar y proporcionar intuición y experiencia de enseñanza que facilita la adaptación voluntaria de la conducta personal, familiar, grupo o comunidad.

ACTIVIDADES:

- Determine patrón urinaria habitual del paciente.
- Valore problemas causales, antecedentes familiares de problemas renales.
- Determine la ingesta y la pérdida de líquidos.

Controle el color, frecuencia, cantidad, olor y la consistencia de la orina.

- Investigue sobre cualquier alteración reciente en dicho patrón.

- Controle presencia de orina residual.
- Continúe la frecuencia, urgencia residual, disuria y distensión.
- Enseñe a la paciente los cuidados peri anal después de la micción; explique procedimientos correctos del secado.
- Proporcione intimidad.
- Incremente ingesta líquida, para mantener la hidratación

Evaluación:

La paciente expresa la comprensión de los factores causales de la alteración del patrón urinario.

Verbaliza y demuestra la higiene pos miccional correcta.

Informa de que la micción está recuperando un patrón normal.

NECESIDAD: seguridad

Dominio: 12 confort sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase: 1 Confort físico.

Código 00132 Dolor agudo.

Concepto: Sensación de bienestar y comodidad y ausencia.

Diagnostico de enfermería: Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas, manifestado por tensión muscular, quejumbrosa.

NOC Resultados esperados.

1605 Control de dolor

INDICADORES:

130605 Niveles de angustia por el dolor

130618 Enojo con los efectos nocivos del dolor

Escala: 3 moderado

NIC Intervenciones De enfermería

1400 Alivio del dolor o disminución del dolor a nivel de la tolerancia que sea aceptable

Actividades

- Valorar la localización y el tipo de dolor, duración y la frecuencia del dolor.
- Valorar factores causales
- Analizar las medidas anteriores si han resultado eficaces o ineficaces en el control del dolor.
- Valorar el efecto del dolor sobre el paciente.
- Valorar eficacia de las medidas de alivio del dolor.
- Desarrollar una relación de confianza.
- Ayudar a la paciente a descubrir su dolor.
- Explicar la relación del dolor con el proceso de la enfermedad.
- Explique a la paciente en su propio cuidado, permitiéndole tener cierto control sobre sus actividades diarias cuando sea posible.
- Estimule a la paciente para la realización de técnicas de reducción del dolor cuando resulte adecuado, patrones de respiración, técnicas de relajación.

Evaluación:

El paciente expresa la disminución del dolor

Muestra capacidad de reducción y control del dolor empleando las habilidades aprendidas.

NECESIDAD: Sueño, descanso

Dominio: 4 Actividad / Reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos enegeticos.

Clase 1 Reposos / Sueño

Código 000165 Disposición para mejorar el sueño.

Concepto: Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.

NOC Resultados esperados

0004 Sueño

Indicadores:

000403 Patrón del sueño

000405 Calidad del sueño

000407 Hábitos del sueño

000406 Sueños interrumpidos

Escala: 3 moderadamente comprometido

NIC Intervenciones de enfermería

1850 Mejorar el sueño, facilitar ciclos regulares de sueño, facilitar ciclos regulares, de sueño, vigilancia del paciente.

Actividades:

- Valore e identifique los factores causales.
- Valoré el patrón del sueño / reposos normal de la paciente.
- Mantener el equilibrio de las actividades diurna y el reposo.
- Incrementar actividades hasta el punto de tolerancia para favorecer el cansancio y así mejorar el sueño.
- Limitar el durante el día y estimular el estado de conciencia según resulte necesario.
- Mencione a la paciente las actividades de diversión y recreación.
- Que a la hora de descansar la cama se mantenga limpia y cómoda.
- Anime a la paciente para que exprese sus miedos y ansiedades, que podría e impedir y reconciliar el sueño.
- Controle la molestia del dolor o molestia, proporcionando el analgésico en caso necesario.
- Enseñe a la paciente técnicas alternativas del control de estrés.

Evaluación:

Muestra equilibrio óptimo de reposos y actividad expresa mayor capacidad del sueño.

Necesidad: seguridad

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase: 2 Respuesta de afrontamiento, proceso para mantener el estrés ambiental

Condigo: 00136

Duelo relacionado con posibilidad de perdida del producto manifestado por contracciones uterinas.

Concepto: Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias, comunidades, intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

NOC (Resultados esperados)

1704 Creencias sobre la salud: Percepción de amenaza

Indicadores:

170006 reducción de la amenaza percibida

Escala:3 moderado

NIC (Intervenciones de enfermería)

6800 cuidados del embarazo de alto riesgo.

Actividades

- Comprender a la paciente puede o no ser capaz de identificar el problema.
- Ayudar a la paciente a identificar con claridad el fenómeno desencadenante.
- Explore los cambios fundamentales que han tenido lugar durante las dos últimas semanas.
- Preguntar a la paciente como se siente y ayudar a etiquetar sus emociones.
- Ayude a la paciente a identificar, como afecta el problema a su vida y a su futuro.
- Como afecta su problema a su familia y allegados.
- Ayude a la paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades de afrontamiento.
- Preguntar a la paciente si ha pasado algo similar en el pasado y como hizo frente a sus crisis anteriores

- Ayude a la paciente a identificar la naturaleza y la importancia de los métodos de apoyo situacional; obteniendo datos acerca de fuentes reales y potenciales de apoyo, cercanía de personas en las que la paciente confía y considera comprensiva.
- Valorar las causas del sufrimiento espiritual.
- Valore la fe de la paciente en ser divino su existencia y credibilidad.
- Escuchar con atención, comprensión y compasión.
- Estar disponibles y ser sensible a las necesidades de la paciente de expresar sus sentimientos.
- Ayudar a la paciente hacer frente a la realidad; explore la experiencias que la paciente tiene de la enfermedad y el significado del sufrimiento.
- Estimular la conciencia de si misma y la movilización de energía y recursos internos.

Evaluación:

La paciente expresa un incremento de su bienestar espiritual y del sentido de la esperanza

Necesidad: seguridad

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés.

Clase: 2 Respuesta de afrontamiento, proceso para mejorar el estrés ambiental.

Código: 00146

Ansiedad. relacionado con la amenaza de parto pretérmino manifestado por llanto y angustia

Concepto: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen de frecuencia es desconocida para el individuo, sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro; señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

NOC (Resultados esperados)

1402 Autocontrol de la ansiedad

Indicadores:

140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad

140202 Elimina precursores de la ansiedad

Escala: 4 Frecuentemente demostrado

NIC (Intervenciones)

5820 Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Facilitar la expresión de sentimiento de culpa
- Mantener una actitud tranquila y pausada cuando se trata con la paciente
- Hablar de forma tranquilizadora, utilizando frases simples y breves
- Evitar resultar ansioso, agresivo o defensivo
- Escuchar a la paciente con respeto e interés
- Ofrezca contacto físico o re confortables a la paciente solo cuando éste lo desee.
- Ayudar a la paciente a identificar y reconocer la ansiedad
- Ayudar a la paciente a identificar y describir sus sentimientos y la fuente de preocupación
- Permita llorar a la paciente en caso necesario
- Permita la expresión verbal de ira
- Ayude a la paciente a corregir los fenómenos que han precipitado la ansiedad.
- Estimula la participación en actividades de diversiones: lectura, ver televisión.
- Enseñe a la paciente la importancia de establecer una pauta diaria de ejercicio para controlar el nivel de ansiedad.

Indicadores:

[Escriba texto]

140204 Busca información para reducir la ansiedad

140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad

Evaluación:

La paciente experimenta una reducción de los síntomas de ansiedad.

Necesidad: realización

Dominio: 6 Autopercepción

Clase: Autoestima, valoración de la propia valía personal capacitada y significación de éxito.

Código: 00120

Baja autoestima situacional relacionada con deterioro funcional del embarazo manifestado por evaluación de si misma como incapaz de afrontar los acontecimientos.

Concepto: Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía con respecto a la situación actual.

NOC (Resultados esperados)

4360 Modificaciones de la conducta

Indicadores:

120501 Verbalizaciones de auto aceptación

120519 Sentimientos de su propia persona

Escala: 4 frecuentemente positivo

NIC (Intervenciones de enfermería)

5230 Aumentar el afrontamiento

Actividades:

- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Potenciación de la conciencia de sí mismo.
- Potenciación de la imagen corporal
- Potenciación de la socialización
- Terapia en grupo
- Proporcione experiencias positivas introduciendo tareas que pertenezcan a nivel de funcionamiento de la paciente.
- Comunique aceptación a la paciente y muestre preocupación autentica pasando con ella el tiempo no estructurado sin exigencia.
- Explore los sentimientos de la paciente y asista sus expresiones
- Proporcioné retroalimentación positiva ante los logros de las paciente
- Explore plenamente alternativas o estrategias de control de la situación proporcionando observaciones; comente los atributos positivos; evite las falsas alabanzas.
- Explore a la paciente puntos fuertes actuales

- Enseñe la diferencia entre afirmación y no afirmación así como la existencia entre el comportamiento agresivo y pasivo
- Aplique la planificación de funciones y la autoafirmación
- Analice aquellas actitudes que podrían incrementar la autoestima de la paciente

Evaluación:

Refleja un aspecto personal positivo, inicia estrategias de aproximación a fenómenos que potencialmente contribuyen a una amenaza o a cambios del entorno.

Necesidad: Aprendizaje

Dominio: 5 Percepción y cognición

Clase: 4 Cognición uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, situación de problemas, abstracción, juicio, inspección capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

Código: 00126

Conocimiento deficiente relacionado con el cuidado de el embarazo manifestado por desconocimiento de signos y síntomas de alarma.

Concepto: Sistema de pensamiento de la formación humana, incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

NOC (Resultados esperados)

1302 Afrontamiento de problemas

Indicadores:

090013 comprende el significado de eventos y situaciones

090010 Comprende las alternativas al tomar decisiones

Escala: 2 sustancialmente comprometido

NIC (Intervenciones)

5240 Asesoramiento

Actividades

- Establecimientos de objetivos comunes
- Establecer resultados esperados por la paciente en cuanto a su aprendizaje
- Utilicé la información obtenida durante la valoración y esa consiente de cualquier barrera idiomática
- Establecer resultados esperados por la paciente según prioridades y necesidades y su voluntad de aprender.
- Fijé resultados esperados pequeños, concretos y realistas para proporcionar a la paciente la sensación de cumplir objetivos.
- Exprese por escrito los resultados en el plan de cuidados de enfermería.
- Incorpore los principios de aprendizaje y docencia.
- Cada individuo aprende a un ritmo propio.

- El ambiente debe estar libre de estrés, molestias, dolor o distracción.
- Utilizar un lenguaje fácil de comprender.
- Enseñe a partir de un plan bien organizado.
- Continúe con el plan docente solo después de asegurar la comprensión de la paciente.
- Mantener contacto ocular durante los comentarios.
- Presentar información empleando diversas técnicas basadas en la capacidad o preferencia de aprendizaje de la paciente.
- Realizar en caso necesario dibujos y procedimiento

Evaluación:

La paciente verbaliza la comprensión de las instrucciones e información que son proporcionadas, demuestra perfectamente los procedimientos aprendidos, solicita ayuda para aclarar dudas.

CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Para el paciente son:

- ❖ Participación en su propio cuidado.
- ❖ Continuidad en la atención.
- ❖ Mejora la calidad de la atención.

Es por ello que se ha utilizado para ayudar a Roció para detectar sus necesidades, las cuales se enfocan a la culminación de su embarazo de forma satisfactoria, a disminuir su estado de angustia y preocupación por su padecimiento actual.

El proceso enfermero ayudo a determinar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que afectaban el estado de salud. Las intervenciones aplicadas fueron oportunas y me brindaron la oportunidad de sentirme realizada como profesional y como ser humano.

A través de la aplicación de este proceso se le ha brindado la información y ayuda necesaria para que conozca su padecimiento, el tipo de tratamiento que requiere, las decisiones que debe tomar así como sus posibles complicaciones.

En la actualidad el profesional en enfermería aplica cuidados fundamentados en bases científicas y la calidad de atención va encaminada a prevención, curación e integración de la persona a la familia a la comunidad.

SUGERENCIAS

Trabajar más en los diagnósticos como temor, desesperación, miedo, trastorno de la autoestima, alteración desempeño rol del cuidador..., que corresponden al espacio de enfermera psico-social que hoy por hoy es una asignatura pendiente de la enfermería, pues se desarrollan y trabajan mucho más, diagnósticos que están relacionados con necesidades biológicas.

- ❖ Modificar el ambiente laboral actual
- ❖ Responder al entorno cambiante del sector salud.
- ❖ Desarrollar estrategias que permitan mejorar la calidad de atención de Enfermería en las unidades del sector salud.
- ❖ Proporcionar cuidado integral a los individuos, pacientes, familia y comunidad.
- ❖ Apertura de las puertas de las consultas de enfermería a las necesidades de la población.

BIBLIOGRAFIA

ALFARO L. Rosalinda. "Aplicación práctica del proceso de Atención de Enfermería". 5ª Edición; Editorial Interamericana. México 2003

Bertha Alicia. "Proceso Enfermero" Aplicación actual 2ª Edición México. Editorial Cuellar.2002 pp. 277

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

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

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

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

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

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. "Proceso Enfermero" Aplicación actual 2ª Edición México. Editorial Cuellar.2002 pp. 277

JSáncvai K et al. Tocolytics for preterm labor: a systematic review. Obstet Gynecol 1999; 94: 869-77 hez consultado el 20 de febrero 2011

Marco García García el portal de la salud consultado 19 de febrero 2011

© 2008 Creamun Network, S.L

Lucas M, Cunningham G. Infección de vías urinarias durante el embarazo. Clin Obstet Gynecol 1996: 807-18.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). ISBN: 84-8174-787-4 28 febrero 2011

GLOSARIO

Conceptos filosóficos: Explicación del significado de fenómenos observados a través del análisis, razonamiento y argumentación lógica.

Conocimiento: Patrón de respuesta humana que implica el significado asociado con la información

Elección: Patrón de respuesta humana que implica la selección de alternativas. (Decisión para escoger)

Embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto

Intervenciones: Son las actuaciones enfermeras específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

P.A.E.: Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

Respuestas fisiopatológicas: Es la forma de responder del organismo ante el proceso de la enfermedad que se hace evidente a través de manifestaciones objetivas y subjetivas; estas respuestas por un lado permiten conservar la homeostasis, pero también pueden conducir a su pérdida o recuperación

Sentimiento: Patrón de respuesta humana que implica el conocimiento subjetivo de información.

Teorías: Derivadas del trabajo de otras disciplinas relacionadas con la salud, de exposiciones filosóficas y teóricas, y de los modelos conceptuales para proponer resultados menos abstractos y más específicos en la práctica profesional

Valores: Patrón de respuesta humana que implica la asignación de un valor re

I. DATOS GENERALES

01. Edad (años)	● 20 a 30	● 15 a 19	● 14 y menos
02. Edad (años)		● 31 a 35	● 36 y más
03. Peso al inicio (kg)	● 51 a 64	● 65 a 75	● 76 y más
04. Peso al inicio (kg)		● 41 a 50	● 40 y menos
05. Estatura cms.	● 1.50 y más	● 1.45-1.49	● 1.44 y menos
06. Nivel Socioeconómico	● Alto y medio	● Bajo	● Muy bajo
07. Estado civil	● Casada	● Soltera	● Sin cónyuge
08. Estado civil	● Unión libre	● Viuda	
09. Actitud	● Adecuada	● Inadecuada	● Muy alterada

II. ANTECEDENTES

10. Paridad	● 1 a 3	● 4 a 6	
11. Paridad		● Nulípara	
12. Parto anterior	● Normal	● Difícil	● Traumático
13. Abortos consecutivos	● No	● 2 y más	
14. Cesáreas previas	● No	● Una	● 2 y más
15. Parto Pretérmino	● No	● Uno	● 2 y más
16. Preeclampsia-eclampsia	● No	● Sí	
17. Hijos de 250 g. y menos	● No	● Uno	● 2 y más
18. Hijos de 4000 g. y más	● No		● Sí
19. Muertes Perinatales	● No	● Uno	● 2 y más
20. Hijo malformado	● No		● Sí
21. Cirugía previa pélvica	● No	● Ginecológica	● Utero

III EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	● No		● Sí
23. Factor Rh.	● Positivo	● Negativo	● Negativo
		No inmunizada	● Inmunizada
24. Hemoglobina en g.	● 11 y más	● 8 a 10.9	● Menos de 8
25. Tabaquismo	● No	● Sí	
26. Alcoholismo	● No	● Sí	
27. Toxicomanías	● No	● Sí	
28. Amenaza de aborto (menos de 22 semanas)	● No	● Controlada	● Activa
29. Amenaza de parto pretérmino (23 a 36 semanas)	● No	● Controlada	● Activa
30. Hemorragia Ginecológica	● No	● Controlada	● Activa
31. Cardiopatía	● No	● Controlada	● Activa
32. Nefropatía	● No	● Controlada	● Activa
33. Diabetes	● No	● Controlada	● Activa
34. Hipertensión crónica	● No	● Controlada	● Activa
35. Hipertensión del embarazo	● No	● Controlada	● Activa
36. Ruptura de membranas	● No	● 12 hs. y menos	● 13 hs. y más
37. Otros especifique: _____		● _____	● _____
	● Riesgo Bajo	● Riesgo Medio	● Riesgo Alto

EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN LA PRIMERA CONSULTA DE EMBARAZO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA ATENCION DE ENFERMERIA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)

ELABORO: _____

DIA DE ASESORIA: _____

ASESORA: _____

FECHA: _____

PRESENTACIÓN

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el Modelo de Virginia Henderson, por lo que con fines didácticos se agruparon en tres tipos con base en el criterio de similitud de los elementos Biofisiológicos, psicológicos, y socioculturales de las necesidades humanas a valorar, a partir de las cuales el alumno analizará sus interrelaciones que le permita la construcción de los Diagnósticos de Enfermería. Posteriormente continuar con el proceso de atención planeando las intervenciones de enfermería con enfoque holístico y con base en los objetivos propuestos, implementando criterios de evaluación de los mismos.

Por último se considera un plan de seguimiento del cuidado domiciliario que permita la participación del individuo y su familia en vías del logro de su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Es indispensable que para el manejo del presente instrumento el alumno maneje los conceptos básicos del modelo teórico de Virginia Henderson.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN

II VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.
2. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.
3. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y aprendizaje

III CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

IV PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

V EVALUACIÓN

VI PLAN DE SEGUIMIENTO Y ALTA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: R.P.Z Edad: 35 AÑOS Peso: 60.300KG. Talla: 1.53cm. Fecha de nacimiento: 15 enero 1975_ Sexo: femenino Ocupación: ama de casa
Escolaridad: secundaria terminada Fecha de admisión: 5 de noviembre del 2009 Hora: 10:30 a.m. Procedencia: Coatetelco Mor. Fuente de información: directa Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia/ persona significativa: esposo

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

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

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: parámetros normales

Tos productiva /seca: _____ Estado de conciencia: alerta

Coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal: buena coloración

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): refiere que realiza alimentaciones balanceadas

Número de comidas diarias: tres veces al día

Trastornos digestivos: negados

Intolerancia alimentaria/ Alergias: negadas
Problemas de la masticación y deglución: negados
Patrón de ejercicio: poco

Objetivo:

Turgencia de la piel: piel reseca
Membranas mucosas hidratadas/ secas: un poco secas
Características de uñas/cabello: uñas un poco sucias, cabello mal tratado sin vida
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: sin compromiso

Aspecto de los dientes y encías: presenta caries en dos molares superiores
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: buena cicatrización

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: una vez al día características de las heces/orina/
menstruación: menstrual cada 28 días, dura tres días

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: negados

Uso de laxantes: negados

Hemorroides: negados

Dolor al defecar/menstruar/orinar: al orinar

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: su estado de animo es molesto por el dolor que presenta

Objetivo:

Abdomen, características: blando un poco abultado

Ruidos intestinales: normales

Palpación de la vejiga urinaria: un poco distendido el globo vesical

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: sí

Ejercicio, tipo y frecuencia: por las tardes un poco

Temperatura ambiental que le es agradable: cálido

Objetivo:

Características de la piel: seca

Transpiración: normal

Condiciones del entorno físico: se siente inquieta y preocupada e incomoda

Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: realiza todas las labores de la casa

Actividades en el tiempo libre: camina y lee un poco

Hábitos de descanso: descansa un poco después de hacer la comida

Hábitos de trabajo: toda la mañana

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: normal

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: normal

Posturas: normal

Necesidad de ayuda para la deambulación: no

Dolor con el movimiento: si por el dolor de tipo obstétrico que presenta

Presencia de temblores: no Estado de conciencia: alerta

Estado emocional: inquieta, preocupada,

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: después de realizar sus labores se echa una siesta

Horario de sueño: una media hora

Horas de descanso: 11 pm. a 5 Am_

Horas de sueño: 6 horas

Siesta: si

Ayudas: no

Insomnio: si

Debido a: su preocupación y el malestar que presenta

Descansado al levantarse: no porque no concilia el sueño y no duerme sus horas

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: ansiedad por no saber que debe hacer respecto a su amenaza de salud

Ojeras: si Atención: _____ Bostezos: si

Concentración: no

Apatía: si

Cefaleas: si

Respuesta a estímulos: si

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: si

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: si

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: sí

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _si

Vestido incompleto Sucio: no Inadecuado: si

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: una vez al día

Momento preferido para el baño: por las noches

Cuántas veces se lava los dientes al día: una vez 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: limpio

Olor corporal: sin mal olor

Halitosis: no

Estado del cuero cabelludo: presenta resequeidad

Lesiones dérmicas Tipo: sin compromiso

Otros: _____

NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: 2 hijos, esposo y ella

Como reacciona ante situación de urgencia: preocupada no sabe que hacer

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: algunas

Trabajo: _____

Realiza controles paródicas de salud recomendados en su persona: no solo cuando se siente mal acude al médico

Familiares: tampoco

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: se muestra con enojo

Objetivo:

Deformidades congénitas: negadas

Condiciones del ambiente en su hogar: armoniosa

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: casada Años de relación: 16 años Viven con: sus 2 hijos, esposo y es vecina de su suegra que es muy metiche que se la pasa más en casa de la nuera que la suya

Preocupaciones / estrés: si

Familiar: la suegra en lugar de ayudarla la preocupa más

Otras personas que pueden ayudar: el esposo

Rol en estructura familiar: el esposo le ayuda en el hogar pero muy poco

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si

Cuanto tiempo pasa sola: toda la mañana hasta la una de la tarde

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: de vez en cuando visita a sus hermanas

Objetivo:

Habla claro: si

Confuso: no

Dificultad. Visión: no

Audición: no

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

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no

Principales valores en la familia: unión

Principales valores personales: responsable

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso):no usa ropa de maternidad que porque se siente incómoda, su ropa interior es nylon usa ropa ajustada

Permite el contacto físico: si

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias. No

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: si

Tipo de trabajo: ama de casa

Riesgos: al momento si por su amenaza Cuánto tiempo le dedica al trabajo: toda la mañana

Esta satisfecho con su trabajo: si Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: menciona que si

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: si porque todo lo hace con amor

Objetivo:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraido/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico: triste, irritable, preocupada

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: camina poco y lee

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si

Recursos en su comunidad para la recreación: no

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: en pocas ocasiones

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: sin compromiso_

Rechazo a las actividades recreativas: si

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: apático

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: secundariaterminada

Problemas de aprendizaje: no

Limitaciones cognitiva: no

tipo: _____

Preferencias. Leer/escribir: leer

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: algunas

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: sin compromiso

Órganos de los sentidos: sin compromiso

Estado emocional ansiedad, dolor: dolor

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

otras manifestaciones: _____

Fisiología de la eliminación urinaria

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

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

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

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

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

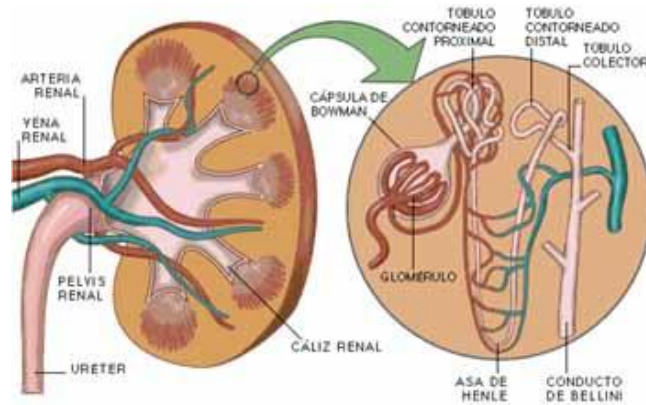
En el túbulo torneado distal se reabsorben agua y sodio adicionales bajo el control de hormonas como la antidiurética (ADH) y la aldosterona. En esta reabsorción controlada permite una regulación precisa del equilibrio hidroelectrolítico del organismo.

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

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

Estructura anatómica de la nefrona

Uréteres



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

Vejiga

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

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

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

Uretra

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

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

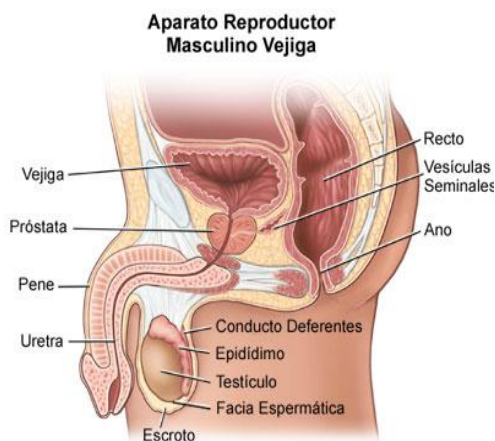
El esfínter interno está situado en la base de la vejiga urinaria y su control es involuntario.

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

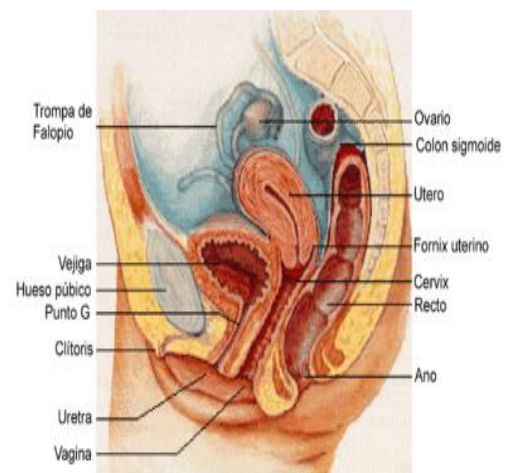
Tanto en el varón como en la mujer, la uretra tiene una mucosa que la recubre, que se continúa con la vejiga y los uréteres, por lo tanto; una infección de la uretra puede extenderse fácilmente a los riñones a través del tracto urinario.

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

Aparato urogenital masculino



Aparato urogenital femenino



Micción:

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

El control voluntario de la micción solo es posible si los nervios de la vejiga y la uretra, los tractos nerviosos de la medula y el encéfalo, así como el área motora del cerebro, están todos ellos, intactos. La lesión de cualquiera de estas partes del sistema nervioso, produce el vaciado intermitente e involuntario de la vejiga.¹⁴

Alteraciones en la eliminación urinaria:

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

¹⁴ KOZIER Bárbara et' al "Fundamentos de Enfermería" 7ª Edición Vol. pp.1373-1380

Factores seleccionados asociados a la alteración de la eliminación urinaria.

Patrón	Factor asociado
Poliuria	<p>Ingestión de líquidos que contienen cafeína o alcohol.</p> <p>Diurético prescrito.</p> <p>Presencia de sed, deshidratación y pérdida de peso.</p>
Oliguria, anuria	<p>Reducción de la ingestión de líquidos.</p> <p>Signos de deshidratación.</p> <p>Presencia de hipotensión, shock o insuficiencia cardíaca.</p> <p>Signos de insuficiencia renal, como nivel elevado de nitrógeno ureico sanguínea (BUN) y creatinina sérica, edema, hipertensión.</p> <p>Embarazo.</p> <p>Aumento de la ingestión de líquidos.</p> <p>Infección del tracto urinario.</p>
Polaquiuria o nicturia	<p>Presencia de estrés psicológico.</p> <p>Infección del tracto urinario.</p>
Tenesmo vesical	<p>Inflamación, infección o lesión del tracto urinario.</p> <p>Dificultad para iniciar la micción. Hematuria, piuria, polaquiuria.</p>
Disuria	<p>Antecedentes familiares de enuresis.</p> <p>Dificultad de acceso a instalaciones adecuadas.</p>

Enuresis	<p>Estrés domestico.</p> <p>Inflamación de la vejiga o enfermedad.</p> <p>Dificultad para aseo independiente.</p> <p>Perdidas, al toser, reír estornudar.</p> <p>Alteración cognitiva.</p>
Incontinencia	<p>Vejiga distendida al palpar y percutir.</p> <p>Signos asociados como molestia púbicas, inquietud, polaquiuria, y escaso volumen de orina.</p> <p>Anestesia reciente.</p> <p>Cirugía perineal reciente.</p>
Retención	<p>Presencia de inflamación perineal.</p> <p>Fármacos prescritos.</p> <p>Ausencia de la intimidad u otros factores que inhiben la micción.</p>

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

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

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

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

Las intervenciones de enfermería incluyen: a) ayudar a mantener una ingestión de líquidos apropiada, b) ayudar a mantener unos patrones miccionales normales, c)

controlar la ingestión y eliminación diarias de líquidos, y d) mantener limpia el área genital.¹⁵

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

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

Ayuda en la higiene personal: Los pacientes debilitados o en proceso patológico ó con limitaciones físicas precisan la asistencia para ir al baño por lo tanto; la condiciones de comodidad y confort.

Alteraciones que afectan la eliminación urinaria:

Infección de vías urinarias

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

La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la Bacteriuria Asintomática (BA), la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbimortalidad elevada a nivel materno y fetal.¹⁶

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

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

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

¹⁵ibídem pp.1407.

¹⁶ibídem pp.1172.

Etiopatogenia y factores predisponentes

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

Por otra parte, en el embarazo suceden una serie de cambios morfológicos y funcionales, que favorecen la infección de las vías urinarias. La entrada de gérmenes al aparato urinario es principalmente por la vía ascendente, en que gérmenes de la zona anal y vaginal migran a través de la uretra y colonizan la vejiga. La presencia de vaginosis bacteriana también está relacionada con una mayor incidencia de infección del tracto urinario.

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

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

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

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

CLASIFICACION

Bacteriuria asintomática (Ba)

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

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

Cómo evitar la cistitis. Prevención y cuidados.

Estos son algunos consejos básicos para prevenir la cistitis:

- No aguantar la orina
- Cuidar la higiene genital
- Beber mucha agua
- No permanecer sentada durante mucho tiempo con ropa mojada (bañador)
- A la hora de defecar, siempre limpiar el ano de delante hacia atrás.¹⁶

Cistitis aguda

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

Cistitis en el embarazo

Durante el embarazo es habitual que la mujer sufra cistitis. Los cambios producidos por el embarazo en el cuerpo de la mujer, la hacen más propensa a padecer cistitis. Concretamente, estos cambios rebajan su eficiencia del sistema urinario para evacuar la orina, y el riesgo de infección aumenta. ¹⁷

17© 2008 Creamun Network, S.L

Pielonefritis aguda

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

La clínica incluye aparte de sintomatología de cistitis, alteración del estado general, fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. La exploración física suele ser muy demostrativa: la puñopercusión lumbar homolateral suele

exacerbar el dolor de manera intensa lo que contrasta con la normalidad de la zona contralateral.

El diagnóstico clínico se confirma con el urocultivo con > 100.000 UFC/ml en orina. En el sedimento encontraremos leucocituria y pueden aparecer también cilindros leucocitarios, proteinuria y hematíes. ¹⁷

La infección de las vías urinarias representa una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo. Abarca desde la bacteriuria asintomática, cistitis, hasta la Pielonefritis, y produce morbilidad y mortalidad notorias; tanto maternas como fetales.

Durante el embarazo, el aparato urinario de una mujer se ve afectado de manera tanto directa como indirecta. La expansión del volumen sanguíneo conlleva un aumento en la tasa de filtración glomerular y el gasto urinario, y también del volumen

¹⁷ http://www.elportaldelasalud.com/index.php?Itemid=29&id=84&option=com_content&task=view.

de las vías urinarias. Los uréteres sufren cambios notorios, principalmente por relajación tónica secundaria a la producción masiva de hormonas por el trofoblasto en crecimiento.

La pielonefritis aguda se desarrolla en 1% a 2%, de las mujeres embarazadas. De todos los casos de pielonefritis aguda, 70%, a 80%, aparece en mujeres con antecedentes de bacteriuria asintomática. De las pacientes con bacteriuria asintomática que permanecen sin ser tratadas, 20% a 40% desarrolla subsecuentemente pielonefritis aguda. Por el contrario, menos 5% de las pacientes con bacteriuria asintomática que recibe terapia antimicrobiana apropiada y que permanecen abacteriúricas, desarrolla una pielonefritis aguda.19

Cuadro clínico de infección de vía urinarias

Sitio de infección	Denominación del cuadro clínico	Cuadro clínico
<p>Vías urinaria Superiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Uretra. ○ Vejiga urinaria. ○ Mitad inferior de uréteres. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Uretritis ○ Cistitis ○ Ureteritis 	<p>Generalmente de aparición paulatina.</p> <p>Síntomas generales poco evidentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anorexia. ○ Náuseas. ○ Escalofrío. ○ Fiebre. <p>Síntomas urinarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Polaquiuria. ○ Disuria generalmente terminal. ○ Tenesmo vesical. ○ Hematuria ocasional. ○ Ardor a la micción. ○ Dolor abdominal a la palpación de la

		vejiga y por vía vaginal. <ul style="list-style-type: none"> ○ Leucocitosis (100000/campo) en orina.
Vías urinaria superiores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mitad superior de uréteres. ○ Pelvicilla renal. ○ Riñones. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pielonefritis 	Generalmente aparición súbita. Síntomas generales de mayor intensidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiebre. Síntomas específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dolor en uno o ambos flancos. ○ Dolor a la percusión de ambas fosas renales. ○ Hematuria. ○ Piuria. ○ Presencia de cilindros granulosos en orina. ○ Deshidratación ○ Aumento de la T/A diastólica. ○ Disminución de la eliminación de creatinina.

Ruptura prematura de membranas

- ❖ Ruptura Prematura de Membranas (RPM)
Es una ruptura (apertura) de las membranas (bolsa amniótica) antes de que se inicie el trabajo de parto.
- ❖ Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMP)

Se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) si ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

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

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

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

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

Riesgos maternos:

- Corioamnioitis
- Endometritis
- Desprendimiento Prematuro de placenta

Riesgos fetales:

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

Síntomas comunes:

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

Tratamiento:

- Un examen del cuello uterino (puede mostrar fluido goteando de la abertura cervical).
- Análisis del pH (acidez o alcalinidad) del fluido.

- Un examen del fluido seco con un microscopio (puede mostrar un patrón característico similar a un hehecho).
- Ecografía - técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas de sonido de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Las ecografías se utilizan para ver el funcionamiento de los órganos internos y evaluar el flujo sanguíneo a través de diversos vasos.
- Internamiento.
- Terapia de espera (en algunos caso de RPM, las membranas pueden volver a sellarse y el goteo de fluido puede detenerse sin tratamiento)
- Control de signos de infección como por ejemplo, fiebre, dolor, aumento del pulso fetal o exámenes de laboratorio.
- Administración de medicamentos llamados corticosteroides a la madre, que pueden ayudar a madurar los pulmones del feto (la inmadurez pulmonar es un problema importante en bebés prematuros). Sin embargo, los corticosteroides pueden ocultar una infección en el útero
- Antibióticos (para prevenir o tratar infecciones).
- Tocólisis - medicamentos utilizados para detener el trabajo de parto prematuro.
- Parto (si la RPM pone en peligro el bienestar de la madre o del feto, un parto prematuro puede ser necesario para prevenir mayores complicaciones).¹⁸

Parto pre término

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

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

La prematurez sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. Como el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término es baja, la mayor atención está focalizada en el parto pretérmino temprano (menor de 32 semanas).¹⁹

Clasificación de factores de riesgo:

No recidivantes:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Polihidramnios

¹⁸ http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant_sp/prm.com.

¹⁹ <http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>

- Hemorragia en el segundo trimestre de embarazo
- Malformación y muerte fetal.

Recidivantes o tratables por la madre:

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

Recidivantes pero no tratables:

- Antecedentes de nacimiento pretérmino
- Raza

Tratamiento:

- Reposo en cama
- Hidratación
- Antibióticos
- Hierro ácido fólico
- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (indometacina)
- Corticoides prenatales (Betametasona o dexametasona)²⁰

²⁰ JIMÉNEZ Trujano Laura et'al "ANTOLOGIA OBSTETRICA II" ENEO-UNAM Edición 2007 PP.163-164.