



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

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON ABORTO
INEVITABLE DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

MONTOYA SAYAVEDRA MARIBEL

NO. CTA 86502084-5

ASESOR ACADÉMICO: LIC. MAGDALENA MATA CORTEZ

MÉXICO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

A Dios

Gracias señor, porque se que existes y estas dentro de mi, porque todo cuanto soy cuanto puedo y cuanto recibo es regalo tuyo.

A MIS HIJOS

IVAN, MARILU Y CRISTIAN

Por ser en gran parte el Motivo y la inspiración que me lleva, a la realización de mis logros, los amo.

A mi Mamá Lulú

Por enseñarme a valerme por mi misma.

A mi Papá Serafín.

Porque donde quiera que te encuentres te sientes orgulloso de mi.

A MIS MAESTRAS (OS)

Especialmente a la maestra Magdalena Mata, por su paciencia y dedicación incondicional que siempre me brindan

Y a todas a aquellas personas que con su apoyo, me ayudaron a realizar este proceso de atención de enfermería, para concluir mi carrera profesional.

CON TODO CARIÑO:

MARIBEL MONTOYA SAYAVEDRA.

“Lo que te cuesta trabajo obtener, es lo que te brinda más satisfacciones”

JP

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	
JUSTIFICACIÓN	
OBJETIVOS	

CAPITULO I

1 MARCO TEÓRICO	8
1.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	8
1.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	10
1.2.1 VALORACIÓN	11
1.2.2 DIAGNOSTICO	14
1.2.3 PLANEACIÓN	18
1.2.3.1 TAXONOMIA DEL NOC	20
1.2.4 EJECUCIÓN	23
1.2.4.1 TAXONOMIA DEL NIC	23
1.2.5 EVALUACIÓN.	26

CAPITULO II

2 GENERALIDADES DEL CUIDADO	26
2.1 CUIDAR	26

CAPITULO III

3 GENERALIDADES DEL MODELO VIRGINIA HENDERSON	28
3.1 BIOGRAFIA	28
3.2 SUPUESTOS PRINCIPALES	29
3.3 AFIRMACIONES TEÓRICAS	30
3.4 PRINCIPALES CONCEPTOS	31
3.5 14 NECESIDADES BASICAS	32

CAPITULO IV

4 METODOLOGIA	33
----------------------	-----------

CAPITULO V

5 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	35
5.1 PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO	35
5.2 INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA VALORACION DE ENFERMERIA	36
5.3.1 PLANEACION, JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y ESTABLECIMIENTO DE RESULTADOS ESPERADOS	44
5.4 EJECUCION- PLAN DE CUIDADOS	46
5.6 EVALUACIÓN	46
5.7 PLAN DE ALTA	57
5.8 CONCLUSIONES	58
5.9 SUGERENCIAS	59

CAPITULO VI

ANEXOS

INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA EVALUACION	
6 (GUIA)	61
6.1 GENERALIDADES DE LA PATOLOGIA	69
6.2 APARATO REPRODUCTOR MASCULINO	69
6.3 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	71
6.4 CICLO MESTRUAL FEMENINO	73
6.5 EMBARAZO	75
6.6 DESARROLLO EMBRIONARIO	76
6.7 ABORTO	78
6.8 LEGRADO	81
7 TAXONOMIA II: DOMINIOS Y CLASES	83
8 GLOSARIO DE TERMINOS	85
9 BIBLIOGRAFÍA	90

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS, la salud reproductiva se refiere al estado de bienestar físico, mental y social de la persona en todo lo relativo al aparato genital y sus funciones. Va mucho más allá de la ausencia de enfermedades; consiste en la posibilidad de llevar una vida sexual satisfactoria.

Los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos y como tales son dignos de las personas. Entre otras características que describen a las personas encontramos que son únicas e irrepetibles y por lo tanto merecen respeto en todas las esferas donde se desarrolle.

El aborto, es un proceso de pérdida de la gestación, por el cual, la paciente entra en un estado de depresión, y es allí donde el profesional de enfermería pone en práctica lo aprendido durante su trayectoria escolar y laboral.

Es de suma importancia, mencionar a Virginia Henderson y sus 14 necesidades, ya que ella no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad, es el Proceso de Enfermería, que conforma fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

En nuestra sociedad se ha producido un considerable avance en lo referente a la atención del paciente y su familia, ya que los cuidados de enfermería se refieren a la necesidad de brindar una atención, no solo a disminuir el dolor físico, sino también a optimizar su calidad de vida, a través del control de los síntomas emocionales, mentales, y sociales.

Por consiguiente, al reflexionar sobre las complicaciones y múltiples alteraciones, se realiza este proceso de atención de enfermería, elaborado en base a los diagnósticos de la **NANDA** resultados **NOC**, e intervenciones **NIC**.

A fin de estudiar con profundidad esta enfermedad y proporcionar una atención oportuna y de calidad a pacientes, que han sufrido un aborto y han sido sometidas a un legado.

JUSTIFICACIÓN

Con la elaboración de este proceso de atención de enfermería, se pretende incrementar, los conocimientos teóricos obtenidos durante la formación profesional, mismos que se llevan a la práctica con la elección de una paciente que presenta aborto sometida a un legrado.

Así mismo, servirá como opción para obtener el título de licenciada en enfermería y obstetricia.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Aplicar el proceso atención de enfermería a una a una paciente con aborto de 20 semanas de embarazo inducida a un tratamiento con legrado, basado en la respuesta humana de Virginia Henderson.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- ❖ Conocer y entender el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.
- ❖ Incrementar los conocimientos adquiridos durante la formación profesional, en la elaboración de un proceso de atención de enfermería.

CAPITULO I

I.-MARCO TEÓRICO

1.1.- Antecedentes del Proceso de Enfermería

Definición de Enfermería:

Lo que define a cada profesión y la distingue de las demás es el servicio que presta a la sociedad, su aportación específica.

“El servicio que la profesión ofrece a la sociedad, es la atención al individuo, familia y comunidad para mantener su vida, su salud y bienestar, recuperarlo de la enfermedad y/o adaptarse a sus efectos” ...¹

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

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica...²

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

1 www. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El [Proceso](#) de Atención de Enfermería, activo 2008

2 Rodríguez S. Bertha. [Proceso Enfermero Aplicación Actual](#). Ed. Ediciones Cuellar. México 2006. Pág. 19

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
 - **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
 - **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
 - **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
 - **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.
- El objetivo principal del proceso de enfermería, es crear un instrumento de apoyo para cubrir, las necesidades individualizadas del paciente, la familia y la comunidad.
 - Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia, comunidad.
 - Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas específicos de las enfermedades, para su prevención o cura.
 - La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería.
 - De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.
 - Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo.
 - La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente 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...³

³ Idem.Pág. 20

- **Para el paciente son:**
 - Participación en su propio cuidado.
 - Continuidad en la atención.
 - Mejora la calidad de la atención.

- **Para la enfermera:**
 - Se convierte en experta.
 - Satisfacción en el trabajo.
 - Crecimiento profesional.

1.2.- ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso enfermero es un “método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente” (Alfaro, 1999).

Características:

Es un **método**, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es **sistemático**, por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de los resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es **humanista**, por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

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 usuario y el de la propia enfermera.

Es **dinámico**, por estar sometido a constantes 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 y modelo de enfermería y

Es **interactivo**, por requerir de la interrelación humano-humano con el, (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes...⁴

1.2.1.- Valoración

“Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. (p.ej., tabaquismo). También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente”...⁵

Consta de cuatro pasos:

Recogida de datos

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

Antecedentes o actuales: Según pertenezcan al pasado o al presente.

Objetivos o subjetivos. Los primeros son observables, mensurables y se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos por el contrario, se refieren a ideas, sentimientos, percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.

⁴ Óp. Cit. S. Rodríguez Berta Pág. 29

⁵ Alfaro-Lefevre. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración, 5^a.ed. Ed. Masson 2005. Pág. 5

Generales o focalizados: Ya se trate de información básica sobre los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida de usuario, ya de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

Las fuentes para obtener los datos son varias, y entre ellas, la principal es el propio usuario, al que cabe añadir la familia o las personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son, básicamente, la entrevista, la observación y el examen físico.

Entrevista

Se trata de un interrogatorio, metódico y organizado que permite a la enfermera, adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

Observación

Consiste en el uso sistemático de la vista, el oído, y el olfato para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas, y el entorno, así como sobre las interacciones entre estas tres variables.

Examen Físico

La valoración física, ya sea cefalo caudal o por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

1. inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, forma, posición, localización, anatómica, color, movimiento, simetría, etc.
2. Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

3. Percusión o golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal análisis acústico de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.
4. Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

Validación de Datos

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de información de que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.

Organización de datos

Es la agrupación, sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación. Es de suma importancia, ya que hacerlo de alguna u otra forma va a influir:

En el tipo de información que se recoja, puesto que cada modelo se centrará en unos modelos específicos. Por ejemplo, el modelo biológico dirigirá la atención a todo lo referente al funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas corporales mientras que un modelo enfermero lo hará hacia las respuestas de la persona ante la situación de salud.

“En el tipo de problemas que se detecten ya que todas las formas de organizar la información ponen de relieve unos aspectos y omiten otros. Así, la recogida de datos según un modelo biológico facilita el diagnóstico de problemas médicos y de colaboración, mientras que la adopción de un modelo enfermero permite diagnosticar problemas enfermeros”...⁶

⁶ Ibídem. Pág. 3,4.

Registro de Datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse acabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de valoración es de suma importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

1.2.2.- Diagnóstico

“El proceso diagnóstico es una función intelectual altamente compleja, para la que unas personas parecen tener mayor capacidad que otras; no obstante, y al igual que sucede con cualquier otra habilidad, es posible acrecentarla y mejorarla mediante el ejercicio repetido y sistemático del juicio diagnóstico o juicio clínico.

Hay una serie de factores, además del talento innato, que influyen en la capacidad de la persona para el razonamiento clínico y, por consiguiente para el diagnóstico.

En está etapa podemos distinguir dos pasos: el análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis, y la formulación de los problemas detectados”...⁷

Análisis de datos y elaboración de Inferencia e Hipótesis

Se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes de los que no lo son. A continuación se agrupan los datos relevantes o clave entre los que parezca existir alguna relación, de igual forma que al empezar a montar un rompecabezas agrupamos las piezas por tamaños, formas, colores o cualquier otro criterio, para facilitar su posterior colocación en el conjunto.

Una vez hecho esto, se determinan las conexiones existentes entre las claves, es decir de hacen inferencias, del mismo modo que al comenzar a unir las piezas de un rompecabezas empezamos a vislumbrar aspectos parciales de la imagen general, aunque no sea posible verla por completo.

⁷ Ibídem. Pág. 5

Finalmente, la interpretación e interrelación de las inferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone, obteniendo así una imagen general en la que se puede encontrar:

- ❖ Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración).
- ❖ Problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).
- ❖ Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

❖ **Formulación de Problemas Detectados**

Tal como acabamos de ver en el apartado anterior podemos identificar dos tipos de problemas: problemas de colaboración (PC) y diagnósticos enfermeros (DxE), según pertenezcan al rol de colaboración o al rol propio.

❖ **Problemas de colaboración (PC)**

Pueden definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por el las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico. Se trata, por consiguiente, de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional, y con el control tanto de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica.

Está área de la práctica, que comprende tanto problemas reales como de riesgo, la enfermera es plenamente responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado final, así como el control de la situación y la autoridad para determinar las intervenciones que se han de llevar a cabo, recaen sobre el profesional con el que colabora.

“Para nombrar estas situaciones es necesaria e insustituible la utilización de la terminología médica, dado que es esta la que mejor describe las alteraciones de la homeostasis biológica”...⁸

⁸ Ibídem Pág. 6

❖ Tipos de Diagnósticos de Enfermería

Es fundamental llegar a determinar con la mayor exactitud posible cuál es el problema o situación y por qué se ha producido, ya que se trate de situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente. Ella es la responsable del resultado final y tiene pleno control y autoridad sobre la situación.

Para nombrar estos problemas de la práctica independiente no es adecuado el lenguaje médico.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud:

1.-Diagnóstico real.

Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas (NANDA).

Para escribirlos, se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula << relacionado con>> (r/c), y está a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase <<manifestado por>> (m/p):

Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos.

2.-Diagnóstico Potencial (riesgo.)

Describe respuestas humanas o estados de salud/procesos vitales que puedan desarrollarse en un individuo o comunidad vulnerables. Se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Al escribirlo debe anteponerse la frase <<riesgo de>>, y se aconseja el formato en dos partes:

Problema r/c factor de riesgo (causa)

3.-Diagnóstico de salud.

“Describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente. Situación de salud a mejorar”...⁹

❖ Estructura del formato PES

Gordon propone que se formule de la siguiente manera:

Problema: es el enunciado de la respuesta del paciente, es la Etiqueta.

Etiología: son los factores que contribuyen, o son la causa del problema, los Factores que están causando dicho problema.

Signos y Síntomas: son los datos objetivos y subjetivos, las Características Definitivas.

Las tres etapas se unen entre sí con las frases “relacionado con” para establecer la relación existente entre la primera y la segunda parte del formato, y “manifestado por” para identificar los datos que apoyan el diagnóstico, o para enlazar la tercera y última parte...¹⁰

⁹ Ibidem. Pág. 7,8.

¹⁰ Murria Mary Ellen. Proceso de Atención de Enfermería, 5ª ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana México D.F. 1996.

Componentes de las Categorías Diagnósticas de la NANDA

Los diagnósticos enfermeros aceptados por la NANDA para su validación y puesta en práctica, se componen de:

❖ Etiqueta

Proporciona el nombre a un diagnóstico.

Es un término o una frase concisa que representa un patrón de claves (datos) relacionadas. Puede incluir calificativos como alterado, deficiente, aumentado, disfuncional, deterioro, excesivo, inefectivo, etc.

❖ Definición

Proporciona una descripción clara y precisa del problema, aclara su significado y ayuda a identificarlo de diagnósticos similares.¹¹

1.2.3.-Planeación

La fase de planeación comienza con la determinación de los cuidados que se le proporcionan al paciente, mediante la satisfacción de las necesidades humanas, y debe de tener como base lo que es el diagnóstico de enfermería.

Cuando hemos definido los problemas se elaboran las estrategias, el plan de acción para resolverlos, prevenirlos o reducirlos.¹²

¹¹ Idem. Pág. 102

¹² Benavent Garcés Amparo. Fundamentos de Enfermería. Ed. Difusión y avances en Enfermería, Madrid, España, 2001 Pág. 278

La planificación incluye a su vez varias etapas que son:

❖ **Priorización de Problemas**

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Cáliz, resulta fácil cuando la enfermera (o) sigue el orden señalado por Alfaro (1999:116).

- **Prioridad 1.** Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
- **Prioridad 2.** Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
- **Prioridad 3.** Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
- **Prioridad 4.** Problemas que interfieren con la autoestima.
- **Prioridad 5.** Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

“Durante la priorización se utiliza el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes”...¹³

¹³ Idem. Pág. 73,74

❖ Pensamiento Crítico

“Es un proceso mental que implica el examen el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones. El pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque “es una parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones y por consiguiente, es una habilidad indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero”...¹⁴

1.2.3.1 Taxonomía del NOC.

Resultados Esperados

Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

El año 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Jonson y Merodean Maas, en la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo de equipo de investigación dio como resultado la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que pueden utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por primera vez en el año 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera.

Resultado se define: como un estado, o conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera. Es conocido que numerosas variables, junto con la intervención, influyen en los resultados del paciente. Estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta variables de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, como, como su estado físico y emocional, y las circunstancias vitales experimentadas.

¹⁴ Idem.Pág. 33

Cada resultado **NOC** tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

“Los resultados **NOC** pueden utilizarse para controlar el progreso o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferentes entornos de cuidados. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno, todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. La tercera edición de la clasificación publicada en el año 2004 consta de 330 resultados agrupados en 32 clases y 7 dominios para facilitar su uso. La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones”...¹⁵

Determinar las actividades

Las actividades son las acciones específicas que realiza la enfermera o el paciente, para lograr los objetivos establecidos en el plan de cuidados.

Van dirigidos a:

Controlar el estado de salud, prevenir, resolver o controlar un diagnóstico enfermero o un problema interdependiente, promover, mantener y restaurar la salud e independencia.

Tipos de actividades

En función del nivel de independencia, de las actividades que realiza la enfermera pueden ser propias y delegadas. Ambos tipos de actuación requieren el juicio clínico de la enfermera.

¹⁵ Jonson Marion-Bulechek Gloria. Interrelaciones NANDA NIC Y NOC. Ed. Elsevier España 2007, pág 7,9.

1.-Propias e independientes

Son las actividades prescritas por la enfermera independientemente para resolver los problemas independientes. Se pueden agrupar en:

❖ Valorar

La valoración forma parte de todas las intervenciones que realiza la enfermera. Valora antes de actuar para comprobar que la acción es segura y propia, mientras actúa para detectar reacciones adversas y después de actuar para identificar la respuesta del paciente a la actividad.

❖ Asesorar

La enfermera asesora al paciente y a la familia, le ayuda a aceptar los cambios en su vida como consecuencia de una enfermedad crónica o incapacitante, a examinar las alternativas disponibles y a determinar las opciones más adecuadas en la toma de decisiones sobre su salud, proporcionando toda la información necesaria.

❖ Enseñar

La educación y la promoción de la salud es una actividad esencial que acompaña a cualquier intervención realizada por la enfermera, (para explicar por qué se hace), igual que la valoración.

❖ Ayudar

Ayudar a realizar, o realizar las actividades de cuidados porque el paciente no puede llevar a cabo por sí mismo, por falta de voluntad, de fuerza o de conocimientos.

❖ Supervisar

Supervisar al paciente, la familia y otros miembros del equipo de enfermería en la realización de las actividades de cuidados. La enfermera delega algunas actividades pero es responsable de que la tarea se realice de la forma adecuada y de valorar el estado del paciente tras la ejecución.

❖ Consultar

Cuando los problemas identificados por la enfermera requieren la intervención de otro profesional le solicita ayuda: con frecuencia se realizan consultas a otros profesionales sanitarios como el dietista, el fisioterapeuta o el asistente social.

2.- Delegadas o interdependientes

Son las actividades que realiza la enfermera para resolver los problemas interdependientes, ministración de medicamentos, terapias intravenosas, tratamientos, sondajes, etc.

Para identificar los problemas interdependientes y realizar actividades para resolverlos, se requieren conocimientos del proceso de enfermedad, tratamientos, cirugías, pruebas diagnósticas, etc.

Las actividades para los problemas interdependientes están recogidas por los procedimientos estándares del hospital, los protocolos o por las órdenes médicas.

Documentar el plan de cuidados

“La documentación escrita proporciona información actualizada a todo el equipo de salud y permite aunar todos los esfuerzos en una misma dirección: ayudar al paciente a mejorar su nivel de salud”...¹⁶

1.2.4.-EJECUCIÓN.

Una vez que se ha elaborado el plan de atención, comienza la fase de ejecución. Teniendo en cuenta la naturaleza del problema, en esta fase el proceso de la asistencia desempeña un papel fundamental la capacidad intelectual, interpersonal y técnica de la enfermera, en esta etapa se lleva a cabo lo que se planeo como son los cuidados directos presentados por la enfermera.

Las actividades de enfermería no son actividades rutinarias. Deben partir de un conocimiento profundo de los principios científicos en los que se basan, sus esfuerzos deseados y los riesgos que conllevan.

¹⁶ Ídem. Pág. 279-292

1.2.4.1.- TAXONOMIA NIC

Intervenciones de Enfermería

Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones una función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones

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

Definición de Intervención: Todo tratamiento basado en el juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente.

Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como cuidados indirectos, dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, por los médicos o por otros profesionales. Cada intervención consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención.

“La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que está estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo, estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las más adecuadas para un individuo o familia concretos. Si lo considera necesario, puede añadir nuevas actividades; sin embargo, todas las modificaciones y adiciones deben ser congruentes con la definición de la intervención”...¹⁷

¹⁷ idem. Pág. 4,6

Definición de Actividades de Enfermería: “Son las actividades o acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades”...¹⁸

Ventajas:

- ❖ Ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- ❖ Normaliza y define la base de conocimientos del plan y de la práctica enfermería.
- ❖ Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- ❖ Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- ❖ Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- ❖ Ayuda a los educadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica.
- ❖ Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales noveles.
- ❖ Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- ❖ Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- ❖ Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- ❖ Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

Documentación del plan de atención.

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

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/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.

¹⁸ Joane McCloskey- M .Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería 4 ed.Ed.Elsevier Mosby España Pág. xxvii.

“Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre/ firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas”...¹⁹

1.2.5.- EVALUACION

La evaluación es la última fase del proceso de enfermería, constituye la actividad intelectual natural, que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico, los resultados y las intervenciones de enfermería correspondientes han sido correctos y satisfactorios.

- El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos.
- En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar.
- Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.
- Valoración del logro de los resultados y decisión sobre la necesidad de introducir cambios.
- Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los resultados esperados.

CAPITULO II

2.-GENERALIDADES DEL CUIDADO

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo estos una actividad cotidiana y permanente de la vida. Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto volverlos a situar dentro de único contexto que les da todos su sentido, su significado real: el contexto de la vida y la muerte al que los hombres y grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

¹⁹ Idem. Pág. 90

2.1.- Cuidar

Cuidar es, ante todo, un acto de VIDA, en el sentido de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca.

“Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiene a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.”...²⁰

Los cuidados de enfermería tienen que encontrar su individualidad con respecto a la red de pertenencias de los CUIDADOS.

“Los cuidados de costumbres y habituales “CARE” relacionados con las funciones de conservaciones de continuidad de la vida. Los cuidados de curación “CURE” relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida...”²¹

“La relación entre los conceptos salud y cuidados indica las acciones o el proceso que se siguen para efectuar cambios positivos en el estado de salud. <<afirma que a la enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos. Reconociendo que están en continua interacción con su entorno>>”

Los cuidados de enfermería, cuya única finalidad, es permitir a los usuarios de cuidados a desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, efectiva y social que conlleva a este último.

²⁰ Colliere, Francois M. Promover la vida. Editorial interamericana Mc Graw Hill Madrid España 1993, Pág. 235.

²¹ IBIDEM Pag. 35

CAPITULO III

3.-GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996).

3.1. Biografía

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería.

Así en 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C. En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicia su carrera como docente en enfermería en el Norfolk Protestan Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.

En 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.

En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson. En 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

En 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.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

3.2.-Supuestos principales

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluían en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos.

❖ Enfermería

Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos y enfermos.

Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.

Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado.

Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.

❖ Persona (paciente)

La persona debe mantener un equilibrio físico y emocional.

El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.

El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.

El paciente y su familia constituyen una unidad.

❖ Salud

La salud es la calidad de vida.

La salud es fundamental para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia.

Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

❖ Entorno

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

3.3- Afirmaciones teóricas

La relación enfermera – paciente

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independiente: 1) la enfermera como una sustituta del paciente, 2) la enfermera como una auxiliar del paciente y, 3) la enfermera como una compañera del paciente. En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un <sustituto de la carencia del paciente, para ser “completo”, “íntegro”, o “independiente” debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento>.

Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera “es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quién se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla etc.”

La relación enfermera – médico

Henderson insistía en que la enfermera tenía función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico.

Henderson, remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico ya que cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios. Yendo más allá recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

3.4- Principales conceptos definidos por Virginia Henderson

❖ Persona

Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiene al máximo desarrollo de su potencial. Henderson pensaba que el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contemplaba al paciente y a su familia como una unidad.

❖ Entorno

“En este caso Henderson no dio una definición propia de entorno, pero en el libro Principles and Practices of nursing, se refiere al entorno como si se tratará de algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y le recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.

Sin embargo en escritos más recientes Henderson habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera"...²²

❖ Rol profesional

Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando está no pueda hacerlo o ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para lograr su independencia y la satisfaga por si misma...²³

❖ Salud

Se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros.

3.5- Necesidades Básicas

Aunque no está claramente explícito, de los escritos de V, Henderson se deduce que para ella, el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona interrelacionándose con las restantes de tal modo que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta las demás constituye la negación de la totalidad de la persona.

²² Fernández Ferrín Luis Rodrigo. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI. 2aed. Ed. Masson Barcelona España 2000 Pág. 35

²³ Ibidem Pág. 35-36

Las 14 necesidades básicas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal a usar los recursos disponibles.²⁴

²⁴ Ibidem. Pág.38

CAPITULO IV

4.- METODOLOGÍA.

Este trabajo se elaboro de la siguiente manera: A través de: la investigación basado en el proceso de atención de enfermería, llevando a cabo los 5 pasos del mismo.

4.1.-VALORACIÓN:

Obtención de información directa:

Mediante la aplicación del instrumento de Valoración de Virginia Henderson y sus 14 necesidades al paciente y familiares, para obtener datos relacionados con su padecimiento.(ver anexo guía de valoración).

Se identificaron las necesidades, dependientes, parcialmente dependiente e independiente

4.2.- DIAGNOSTICO.

Los diagnósticos se realizaron a través de La clasificación de la NANDA donde Se identificaron los problemas reales y potenciales.

Reales

ED	FRC	CD
Proporciona el nombre a un diagnóstico	Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad.	Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico real o de bienestar.

Potenciales (riesgo)

ED	FR
Proporciona el nombre a un diagnóstico	Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad.

4.3.- PLANIFICACIÓN.

Se realizó la jerarquización de necesidades, y se determinaron los objetivos o resultados esperados a través de la clasificación del **NOC**.

Se elaboró, el plan de cuidados adecuado a los problemas relacionados con la salud de la paciente.

4.4.-EJECUCIÓN:

Se puso en práctica el plan de cuidados con base en la clasificación del **NIC**. Determinando las intervenciones y actividades, en beneficio de la salud de mi paciente.

4.5.-EVALUACIÓN:

Se valoró si las acciones y actividades de enfermería satisficieron las necesidades de mi paciente.

CAPITULO V

5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Maricela consiente, de 26 años de edad primigesta de 20 semanas de embarazo, con peso de 56 kilos, talla 1.60cm es traída al hospital por presentar ruptura de membranas, así como dolor tipo cólico y sangrado transvaginal. Se observa con palidez de tegumentos, facies de dolor, angustia, miedo a lo que va a suceder, llanto fácil, labilidad emocional. Signos vitales a su ingreso: Temp: 36.5 Pulso: 90x' T/A 80/60 FR.28x'Ingresa al servicio de labor y expulsión ya que presenta aborto inevitable, posteriormente se realiza procedimiento de legrado para revisión de cavidad.

La paciente presenta las siguientes necesidades alteradas:

Respiración- Cardiovascular
Nutrición e hidratación
Eliminación
Reposo y sueño
Termorregulación
Seguridad
Comunicación
Trabajar y realizarse
Aprendizaje

5.2 INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (MODELO VIRGINIA HENDERSON)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: M.A.G Edad: 26 años Sexo: Femenino

Ocupación: HOGAR Estado civil: casada Religión: Católica

Escolaridad: licenciatura Domicilio: Av.sta lucia Calle Desierto de Gobi no.26

Unidad de salud donde se atiende: Hospital de ginecología y obstetricia no. 4
IMSS

SIGNOS VITALES

Respiración: Frecuencia 24xmin

Pulso: 90x min. Frecuencia: 28 Ritmo regular Temperatura: 35.5°C

Tensión arterial: 80/40 mmHg

Somatometria: Peso: 56kg. Talla: 1,60

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Disnea debido a: NO Tos productiva /seca: NO

Dolor asociado con la respiración: NO

Fumador: NO Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la
Cantidad de acuerdo a su estado de ánimo: NO Fuma

Registro de S.V. y características: Pulso: 80 Respiración: 22

Temperatura: 36.5

Presión Arterial: 110/70 F.C.: 86 latidos x min.

Estado de conciencia: Conciente

Coloración de piel /lecho unguial/peribucal: normal

Circulación del retorno venoso: no

2.-NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACIÓN.

Dieta habitual: completa

Número de comidas diarias 4

Trastornos digestivos: refiere tener dificultad para evacuar

Intolerancia alimentaria / Alergias: Ninguna

Problemas de la masticación y deglución: Ninguna

Turgencia de la piel: Normal

Mucosas hidratadas /secas: Hidratadas

Características de unas y cabello: Dentro de lo normal

Aspecto de los dientes y encías: Dentro de lo normal

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Ninguna

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales: Refiere tener estreñimiento

Características de las evacuaciones: Cada tercer día de consistencia dura y en poca cantidad

Orina: Normal

Menstruación: Regular cada mes duración cuatro días

Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: Presencia de sangrado abundante previo al legrado.

Uso de laxantes: No

Hemorroides: No

Dolor al defecar, orinar o menstruar: incomodidad al no poder evacuar

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: incomoda

Abdomen, características: Abdomen ocupado por embarazo.

Ruidos intestinales: NO

Palpación de vejiga urinaria: NO

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Capacidad física cotidiana: Dentro de límites normales.

Hábitos de trabajo: Dedicada al hogar

Postura en la que se sienta más cómodo: En cubito lateral izquierdo.

Estado del sistema músculo esquelético: Normal

Valoración muscular: Normal

Posición Adecuada: semifoley

Ayuda para la de ambulación: Si

Dolor al movimiento: al caminar y al sentarse

Presencia de temblores: No

Estado de conciencia: Consiente

Estado emocional: Aprensiva, triste, consentimientos de culpa

5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horario de descanso: de 11 pm a 7: 00 am

Horario de sueño: refiere no poder conciliar el sueño

Horas de descanso: 8 hrs.

Horas de sueño: 4 hrs.

Toma siesta: No

Requiere de ayudas: si

Padece insomnio y desde cuando: Sí desde la pérdida de su bebe

Se siente descansado al levantarse: No por la falta de sueño

Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: Tristeza, miedo, Angustia y preocupación por la perdida

Ojeras: si

Bostezos: Si

Concentración: se muestra atenta

Respuesta a estímulos: Dentro de límites normales

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no

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

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no

Cada cuando realiza el cambio de ropa personal: Diario

Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada

Vestido incompleto si

Sucio: no

7.-NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN.

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Adecuado

Temperatura ambiente que le es agradable: Templado

Características de la piel: Suave sin alteración

Transpiración: Normal

Condiciones del entorno físico: Sin cambios bruscos de temperatura

Requiere de ropa de cama extra durante la noche: No

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

Frecuencia de baño: Diario

Momento preferido para el baño: Por la mañana

Cuántas veces al día se lava los dientes: 3 veces al día

Aseo de manos antes y después de comer: si

Después de eliminar: si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Tiene fragilidad capilar o de la piel: No

Aspecto general: normal

Olor corporal: Normal

Halitosis: No

Estado del cuero cabelludo: Normal

Lesiones dérmicas de que tipo: Ninguna

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Como reacciona ante una situación de urgencia: se pone un poco nerviosa

Conoce las medidas en caso de siniestro: Si

Realiza controles periódicos de salud: Si

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Platicando con otras personas sobre su problema

Requiere de supervisión para realizar movilización: si

Requiere asistencia para ir al sanitario o realizar baño: si

Cuales son las condiciones del entorno que ameriten vigilancia estrecha: No dejarla sola por el estado de depresión por el cual esta pasando.

10.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Con quien vive: Con su pareja

Preocupaciones / estrés: Sentimiento de culpa por la pérdida que sufrió

Comunica sus problemas debido a la enfermedad: SI

Cuanto tiempo pasa sola: muy poco tiempo por el momento siempre esta acompañada

Habla claro: Si Confuso: No Dialecto: No Idioma: No

Dificultad en la visión: No Audición: No

Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: Si, con el personal de enfermería y con su familia.

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Creencia religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en su familia: Unión familiar, Respeto

Principales valores personales: Respeto a ella misma Tolerancia, Humildad

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si, procura

Permite el contacto físico: Si

Tiene algún objeto: No

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Trabaja actualmente: No, se dedica al hogar Tipo de trabajo: domestico
Riesgos: No

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: ---
Esta satisfecho con su trabajo: Si

Su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: -----

Esta satisfecho con el rol familiar que juega: Si

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: Sentimientos de culpa y perdida.

13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Que actividades realiza en su tiempo libre: Salir a caminar, ir al cine, ver televisión

Que actividad le gustaría realizar durante su estancia : Ninguna

Se muestra apático, aburrido o participativo: Participativo

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Nivel de educación: Licenciatura

Problemas de aprendizaje : Ninguno

Limitaciones cognitivas: Ninguna tipo: Ninguna

Preferencias. Leer/escribir: leer

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

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: Si

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Sí

Se muestra apático, aburrido o participativo: Participativo

5.3.-VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
1. Respiración- Cardiovascular (Dependiente)	Taquipnea Disminución de la presión arterial,
2. Nutrición e hidratación (Parcialmente independiente)	Falta de apetito, déficit, de hábitos de alimentación e ingesta de líquidos.
3. Eliminación (Independiente)	Estreñimiento, dolor, dificultad para evacuar presenta heces duras y secas.
4. Moverse y mantener una postura (Independiente)	Ninguna.
5. Reposo y sueño (Independiente)	Dificultad para conciliar el sueño, preocupación, ansiedad, temor
6. Vestirse (Independiente)	Ninguna.
7. Termorregulación (Parcialmente dependiente)	Piel fría, pielorección.
8. Higiene- Piel (Independiente)	Ninguna.
9. Seguridad (Parcialmente independiente)	Baja autoestima, angustia, culpa, miedo, tristeza. Riesgo de infección por procedimiento quirúrgico y factores de riesgo. Dolor
10. Comunicación (Dependiente)	Demanda de apoyo emocional.
11. Creencias y valores (Independiente)	Culpa y remordimiento, ausencia de valores como la autoestima
12. Trabajar y realizarse (Independiente)	Deseo de desarrollarse profesionalmente. Le gusta caminar
13. Jugar y participar en actividades recreativas (Independiente)	Ninguna
14.-Aprendizaje (Dependiente)	Falta de conocimiento, demanda orientación sobre su situación actual de salud.

5.3.1.-PLANIFICACIÓN

Jerarquización de las necesidades alteradas

Necesidades encontradas	Necesidades jerarquizadas	NANDA - ED	Resultado esperado
Oxigenación-cardiovascular	Oxigenación-hipovolemia	Déficit de volumen de líquidos	Equilibrio hídrico
Nutrición e Hidratación	Termorregulación	Termorregulación ineficaz	Termorregulación
Eliminación	Seguridad	Dolor Riesgo de infección Síndrome postraumático Duelo Baja autoestima situacional	Control del dolor Control de riesgo Esperanza Autoestima Aceptación de la pérdida de su bebé
Sueño y descanso	Nutrición e hidratación	Desequilibrio nutricional por defecto	Apetito Estado nutricional
Termorregulación	Eliminación	Estreñimiento	Control de síntomas, Hidratación
Seguridad	Sueño y descanso	Ansiedad	Sueño Afrontamiento de problemas
Comunicación	Comunicación	Procesos familiares, interrupción	Funcionamiento de la familia
Aprendizaje	Aprendizaje	Conocimientos deficientes sobre su padecimiento.	Conocimiento: del padecimiento

5.4.-PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

1.-Necesidad: OXIGENACION

ED: Déficit de volumen de líquidos: disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

DX- DE ENFERMERÍA: Déficit de volumen de líquidos, r/c sangrado transvaginal (aborto inevitable), m/p disminución de la tensión arterial, piel fría, palidez tegumentaria, debilidad muscular, mareo.

NOC	NIC
<p>Equilibrio hídrico</p> <p>Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Presión arterial</p> <p>Entradas y salidas diarias equilibradas</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.-Gravemente comprometido</p> <p>2.-Sustancialmente comprometido</p> <p>3.-Moderadamente comprometido</p> <p>4.-Levemente comprometido</p> <p>5.-No comprometido</p>	<p>Actividades:</p> <p>Manejo de la hipovolemia: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con volumen reducido.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se preparo física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento. • Se instalo una vía IV permeable. • Se inicio la administración de líquidos prescritos. • Se vigilo y mantuvo un flujo de perfusión intravenosa constante. • Se observaron los niveles de hemoglobina y hematocrito. • Se vigilo y cuantifico la pérdida de sangre y líquidos. • Monitorización y registro de signos vitales. • Se llevo un control y registro de líquidos.

EVALUACION: Se mantuvo un equilibrio hídrico adecuado, con una escala de medición de 4.-Levemente comprometida

2.-NECESIDAD: SEGURIDAD

ED: Dolor: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

DX- DE ENFERMERÍA: Dolor, r/c proceso patológico, m/p informe verbal del dolor.

NOC (RESULTADOS)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)
<p>Control del dolor: acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>Indicadores</p> <p>Refiere dolor controlado</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.-Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado</p> <p>3.-Aveces demostrado</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Siempre demostrado</p>	<p>Administración de analgésicos: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se valoro características, calidad y gravedad del dolor para medicar. • Se comprobó la orden médica en cuanto al medicamento, dosis vía y frecuencia del medicamento prescrito. • Se llevo control de signos vitales antes y después de la ministración de analgésicos. • Se valoro y registro la respuesta al analgésico. • Se valoro la presencia de cualquier efecto adverso.

EVALUACION: La paciente refirió control del dolor, con una escala de medición 4.- frecuentemente demostrado.

3.-NECESIDAD: Mantener la temperatura corporal

ED: Termorregulación ineficaz: Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

DX- DE ENFERMERÍA: Termorregulación ineficaz r/c sangrado transvaginal (aborto) m/p reducción de la temperatura corporal, palidez de tegumentos.

NOC (RESULTADOS)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)
<p>Termorregulación</p> <p>Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.</p> <p>Indicadores</p> <p>Comodidad térmica referida</p> <p>Escala de medición</p> <p>1.-Gravemente comprometido</p> <p>2.-Sustancialmente comprometido</p> <p>3.-Moderadamente comprometido</p> <p>4.-Levemente comprometido</p> <p>5.-No comprometido</p>	<p>Regulación de la temperatura: Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se comprobó y registro la temperatura corporal. • Se tomo y registro la presión sanguínea, el pulso y la respiración. • Se observo y registro el color y temperatura de la piel. • Se utilizaron cobertores para ajustar la temperatura corporal. • Colocación de calor local (lámpara de luz) • Se registraron los signos y síntomas de la disminución de la temperatura corporal.

EVALUACION: Se logro mantener una temperatura corporal adecuada, con una escala de medición 5.-no comprometido.

4.-NESECIDAD: NUTRICIÓN

ED: Desequilibrio nutricional por defecto: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

DX- DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional por defecto r/c factores psicológicos, m/p ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas con pérdida de peso.

NOC (RESULTADOS)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)
<p>Apetito</p> <p>Deseos de comer cuando está enfermo o recibiendo tratamiento.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Deseo de comer</p> <p>Estímulos para comer</p> <p>Escalas de medición:</p> <p>1.-Gravemente comprometido</p> <p>2.-Sustancialmente comprometido</p> <p>3.-Moderadamente comprometido</p> <p>4.-Levemente comprometido</p> <p>5.- No comprometido</p>	<p>Monitorización nutricional: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización de vena permeable. • Ministración de líquidos parenterales.1000 ml. cada 8 horas. • Registro de ingreso y egreso de líquidos. • Iniciación de la vía oral lo mas rápido posible. • Se peso y registro el peso de la paciente. • Se le pidió que comiera para su pronta y efectiva recuperación. • Se brindo apoyo emocional • Se analizo la respuesta emocional de la paciente ante los alimentos.

EVALUACION: La paciente demostró buen apetito, con una escala de medición 4.- Moderadamente comprometido

5.-NECESIDAD: ELIMINACIÓN

ED: Estreñimiento: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces duras y secas.

DX- DE ENFERMERÍA: Estreñimiento secundario a malos hábitos alimentarios, aporte insuficiente de líquidos y fibra m/p dolor durante la defecación y eliminación de heces duras, secas y formadas.

NOC (RESULTADOS)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)
<p>Control de síntomas</p> <p>Definición: Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Reconoce la frecuencia del síntoma</p> <p>Utiliza medidas de alivio.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1 .Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado</p> <p>3.-Aveces demostrado</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Siempre demostrado</p>	<p>Manejo del estreñimiento</p> <p>Prevención y alivio del estreñimiento.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se comprobó presencia de movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. • Se verifico la existencia de peristaltismo. • Se proporcionaron alimentos ricos en fibra. • Se proporciono de ambulación asistida. • Se ministro por vía oral medicamentos para estimular el peristaltismo. • Se identificaron los factores que pueden ser causa del estreñimiento. • Se instruyo sobre la importancia del ejercicio. <p>Manejo de líquidos: mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles anormales o no deseados.</p>

<p>Hidratación</p> <p>Definición: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Ingesta adecuada de líquidos</p> <p>Escala de medición</p> <p>1.-Gravemente comprometido</p> <p>2.-Sustancialmente comprometido</p> <p>3.-Moderadamente comprometido</p> <p>4.-Levemente comprometido</p> <p>5.-No comprometido</p>	<p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados. • Se fomento el aumento en la ingesta de líquidos. • Se enseñó a la paciente la importancia de la dieta rica en fibra.
---	--

EVALUACION: La paciente demuestra tener buena digestión y desapareció el estreñimiento. Con una escala de medición 4.-levemente comprometido.

6.-NECESIDAD: Seguridad/protección

ED: Riesgo de infección: Aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

DX- DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con tejido retenido y el procedimiento quirúrgico (LUI)

NOC (RESULTADOS)	NIC (INTERVENCIONES)
<p>Control de riesgo: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.</p> <p>Indicadores:</p> <p><i>Reconoce factores de riesgo</i></p> <p>Escala de medición:</p> <p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.- Raramente demostrado</p> <p>3.- A veces demostrado</p> <p>4.- Frecuentemente demostrado</p> <p>5.- Siempre demostrado</p>	<p>Protección contra infecciones: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">• Se canalizo vena permeable.• Se aplico medicamento indicado (antibiótico) preventivo.• Se recomendó una ingesta nutricional suficiente.• Se recomendó la ingesta suficiente de líquidos.• Se sugirió y facilito el descanso.• Se informo la importancia sobre la toma de antibióticos indicados a su egreso.

EVALUACION: la paciente demostró buena disposición sobre la importancia de prevenir al máximo el riesgo de infección. Con una escala de medición 4.- frecuentemente demostrado

7.-NECESIDAD: Seguridad

ED: Duelo: Complejo proceso normal que incluyen respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

DX- DE ENFERMERÍA: Duelo r/c la anticipación de la pérdida de una persona significativa (aborto), m/p culpa y búsqueda de significado de la pérdida.

NOC (RESULTADOS)	NIC (INTERVENCIONES)
<p>Esperanza</p> <p>Definición</p> <p>Presencia de un estado interno de optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>Expresión de confianza.</p> <p>Expresión de razones para vivir.</p> <p>Expresión de optimismo.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado</p> <p>3 A veces demostrado</p> <p>4 Frecuentemente demostrado</p> <p>5 Siempre demostrado</p>	<p>Dar esperanza: Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Se le ayudo a identificar áreas de esperanza en la vida.• Se le informo que la situación actual constituye un estadio temporal.• Se facilito el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas de la paciente/familia.• Se evito disfrazar la verdad.• Se destaco la importancia de mantener las relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente.• Se implico a la paciente en sus propios cuidados.• Se comunico la importancia de implicarse en grupos de apoyo.

EVALUACION: La paciente demuestra una aceptación de la perdida, se muestra mas tranquila, con una escala de medición4.- frecuentemente demostrado.

8.-NECESIDAD: Seguridad

ED: Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

DX- DE ENFERMERÍA: Ansiedad r/c incapacidad para afrontar o controlar las situaciones, m/p expresión de nerviosismo, miedo, y dificultad para dormir.

NOC (RESULTADOS)	NIC (INTERVENCIONES)
<p data-bbox="284 680 715 712">Afrontamiento de problemas</p> <p data-bbox="284 813 448 844">Definición:</p> <p data-bbox="284 882 823 994">Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p data-bbox="284 1095 472 1126">Indicadores:</p> <p data-bbox="284 1164 719 1196">Verbaliza sensación de control.</p> <p data-bbox="284 1234 703 1265">Refiere disminución de estrés.</p> <p data-bbox="284 1366 587 1397">Escala de medición:</p> <p data-bbox="284 1500 596 1532">1.- Nunca demostrado</p> <p data-bbox="284 1570 660 1601">2.- Raramente demostrado</p> <p data-bbox="284 1639 619 1671">3.- A veces demostrado</p> <p data-bbox="284 1709 735 1740">4.- Frecuentemente demostrado</p> <p data-bbox="284 1778 624 1809">5.- Siempre demostrado</p>	<p data-bbox="845 680 1110 712">Apoyo emocional</p> <p data-bbox="845 750 1369 817">Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p data-bbox="845 920 1010 952"><u>Actividades</u></p> <ul data-bbox="895 990 1390 1787" style="list-style-type: none">• Se comento la experiencia emocional de la paciente.• Se toco a la paciente proporcionándole apoyo emocional.• Se ayudo a expresar sentimientos tal cómo ansiedad, ira y tristeza.• Se proporciono ayuda en la toma de decisiones.• Se le explico todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento, para disminuir la ansiedad.• Se permaneció con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.• Se trató de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante.

<p>Sueño</p> <p>Definición: suspensión periódica natural de la conciencia durante el cuál se recupera el organismo.</p> <p>Indicadores</p> <p>Calidad del sueño</p> <p>Escala de medición</p> <p>1 Gravemente comprometido</p> <p>2 Sustancialmente comprometido</p> <p>3 Moderadamente comprometido</p> <p>4 Levemente comprometido</p> <p>5 No comprometido.</p>	<p>Mejorar el sueño: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explico la importancia de un sueño adecuado durante este proceso de perdida y en la vida diaria. • Se recomendó la importancia de la toma de decisiones con su pareja y familia. • Se recomendó un ambiente propicio para dormir (luz, ruido, temperatura etc.) • Se le recomendó una rutina de relajación como leer antes de dormir. • Se recomendó limitar el sueño durante el día, realizando alguna actividad que favorezca la vigilia.
---	---

EVALUACION: La paciente disminuyo la ansiedad y por consiguiente mejor su calidad de sueño. Con una escala de medición 4.- frecuentemente demostrado y levemente comprometido

9.-NECESIDAD: Comunicación

ED: Procesos familiares, interrupción: cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

DX- DE ENFERMERÍA: Interrupción de los procesos familiares r/c, situaciones de crisis m/p, negación para expresar los conflictos personales dentro de la familia. ²⁵

NOC (RESULTADOS)	NIC (INTERVENCIONES)
<p>Funcionamiento de la familia</p> <p>Definición: Capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo.</p> <p>Indicadores</p> <p>Crear un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos.</p> <p>Confianza</p> <p>Escalas de medición:</p> <p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado</p> <p>3 A veces demostrado</p> <p>4 Frecuentemente demostrado</p> <p>5 Siempre demostrado</p>	<p>Estimulación de la integridad familiar: Favorecer la cohesión y unidad familiar.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Se estableció una relación de confianza.• Se pidió a la pareja darle apoyo emocional a la paciente.• Se colaboro con la familia en la solución de problemas.• Se ayudo a la familia a mantener relaciones positivas y superar la perdida.• Se explico la importancia de establecer una comunicación abierta entre los miembros de la familia.• Se remitió a la familia a grupos de apoyo (Tanatológicos).

EVALUACION: La paciente demostró tener buena comunicación con su familia, Con una escala de medición de 5.- siempre demostrado.

²⁵ NANDA I-Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Ed. Elsevier. España 2008.

5.5.- PLAN DE ALTA

Eliminación	<ul style="list-style-type: none">• Inició medidas que le ayudaran a evitar el estreñimiento.
Moverse y mantener una buena postura	<ul style="list-style-type: none">• Sin alteración
Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none">• Disminución del dolor y preocupaciones, concilia el sueño
Usar prendas adecuadas	<ul style="list-style-type: none">• Sin alteración.
Termorregulación	<ul style="list-style-type: none">• Se mantiene la temperatura corporal adecuada.
Higiene y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none">• Sin alteración.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none">• Mejoro su autoestima, disminución de la aprehensión y tristeza
Comunicación	<ul style="list-style-type: none">• Tuvo apoyo de su pareja y familia.
Vivir de acuerdo a sus creencias	<ul style="list-style-type: none">• Tiene confianza según su religión.
Trabajar y realizarse	<ul style="list-style-type: none">• Refiere que al recuperarse dejara pasar un tiempo para volverse a embarazar.
Juego y actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none">• Le gusta caminar
Aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none">• Obtuvo mayor información en cuanto a su padecimiento.

5.5.-CONCLUSIONES

Como se comprende de ante mano, la participación del Licenciado de Enfermería en este tipo de enfermedades y sus complicaciones, es determinante para el manejo del paciente con padecimientos graves, que en cualquier momento pueden ser privados de la vida. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe ser capaz de detectar, en forma temprana, cualquier cambio desfavorable en las condiciones clínicas del paciente, actuando profesionalmente en la atención específica y de calidad asegurando así una pronta y efectiva recuperación.

Basado en el proceso de atención de enfermería, con los diagnósticos de la NANDA, obteniendo los resultados deseados,(NOC), así como en las intervenciones de enfermería (NIC)

Con la realización de este proceso de atención de enfermería se brindo una atención oportuna y de calidad, basados en las necesidades y respuestas humanas sustentados en la teoría del cuidado integral hacia la persona y el enfoque de riesgo por medio de la evaluación de factores de riesgo reproductivo y perinatal hacia el individuo, familia y comunidad.

5.6.-SUGERENCIAS

En mi opinión personal, me gustaría que durante la licenciatura del sistema de universidad abierta, nos hablaran mas sobre el proceso de atención de enfermería, en relación con, los diferentes modelos de enfermería, ya que la materia de teorías y modelos es opcional y no todas tenemos ese conocimiento, y a la hora de realizar un proceso de atención de enfermería nos cuesta mas trabajo, es de suma importancia conocer a las diferentes teóricas ya que en el tiempo que yo realice la carrera era otro tipo de proceso, ahora se me hace mas completo manejando las 14 necesidades Virginia Henderson, Los diagnósticos de la **NANDA** la taxonomía del **NI C y NOC**.

ANEXOS



CAPITULO VI



6.-HISTORIA CLÍNICA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÈXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

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

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Edad: Sexo:
Ocupación: Estado civil: Religión:
Escolaridad: Domicilio:
Unidad de salud donde se atiende:

SIGNOS VITALES

Frecuencia Respiratoria

Frecuencia Cardiaca

Temperatura

Tensión arterial

Somatometria:

Peso:

Talla:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 HISTORIA CLINICA DE VALORACIÓN
 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

SUBJETIVO:
 Disnea debido a: _____ Tos productiva /seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: _____

OBJETIVO:
 Registro de S.V. y características: Pulso: _____ Respiración: _____ Temperatura: _____
 Presión Arterial: _____ FC.: _____ Estado de conciencia: _____
 Coloración de piel /lecho unguial/peribucal: _____ Circulación del retorno venoso: _____

NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION

SUBJETIVO:
 Dieta habitual: _____ Número de comidas diarias _____
 Trastornos digestivos: _____
 _____ Intolerancia alimentaría / Alergias: _____
 _____ Problemas de la masticación y deglución: _____

OBJETIVO:
 Turgencia de la piel: _____ Mucosas hidratadas /secas: _____
 Características de unas y cabello: _____ Aspecto de los dientes y encías: _____
 Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

NECESIDAD DE ELIMINACION

SUBJETIVO:	
Hábitos intestinales: _____	Características de las evacuaciones: _____
Orina: _____	Menstruación: _____
_____	Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: _____

Uso de laxantes: _____	
Hemorroides: _____	Dolor al defecar, orinar o menstruar: _____
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____	
OBJETIVO:	
Abdomen, _____	características: _____
intestinales: _____	Ruidos _____
_____	Palpación _____
de vejiga urinaria: _____	_____

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:	
Capacidad _____	física _____
_____	_____
trabajo: _____	Hábitos cotidianos de _____
_____	Postura _____
en la que se sienta mas _____	cómodo: _____
OBJETIVO:	
Estado del sistema _____	músculo _____
_____	esquelético: _____

Valoración _____	
muscular: _____	

_____	Posición _____
_____	Adecuada: _____
_____	Ayuda _____
para deambulación _____	la _____
al _____	Dolor _____
_____	movimiento: _____
de temblores: _____	Presencia _____
_____	conciencia: _____
Estado _____	emocional: _____
_____	_____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:
Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
de sueño: _____ Toma siesta: _____ Requiere de ayudas : _____

Padece insomnio y desde cuando: _____

Se siente descansado al levantarse: _____

OBJETIVO:
Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: _____

Ojeras: _____
Bostezos: _____ Concentración: _____

Respuesta a _____ estímulos: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO:
Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____
Cada cuando realiza el cambio de ropa personal: _____

OBJETIVO:
Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto _____

Sucio: _____ Inadecuado _____

NECESIDAD DE TERMOREGULACION

SUBJETIVO:	
Adaptabilidad	a los cambios de temperatura:
_____ Temperatura ambiente que le es agradable: _____	
OBJETIVO:	
Características de la piel:	_____ Transpiración:
_____ Condiciones del entorno	físico: _____
Requiere de ropa de cama extra durante la noche: _____	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

SUBJETIVO:	
Frecuencia de baño:	_____ Momento preferido para el baño: _____
Cuántas veces al día se lava los dientes:	_____ Aseo de manos antes y después de comer: _____
después de eliminar: _____	Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____
_____ Tiene fragilidad capilar o de la piel: _____	
OBJETIVO:	
Aspecto	general: _____
corporal:	Olor _____
_____ Estado del cuero	Halitosis: _____
_____	cabelludo: _____
de _____ que	Lesiones dérmicas tipo: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:	Como reacciona ante una situación de urgencia: _____
	Conoce las medidas en caso de _____
	Realiza controles _____
	sinistro: _____
	periódicos de salud: _____
	Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

OBJETIVO:	
	Requiere de supervisión para realizar movilización: _____
	Requiere asistencia para ir al sanitario o _____
	realizar baño: _____
	Cuales son las condiciones del entorno que ameriten vigilancia estrecha: _____

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

SUBJETIVO:	Con _____ quien vive: _____
	Preoc _____
	upaciones / _____
	estrés: _____
	Comunica sus _____
	problemas debido a la enfermedad: _____

	Cuanto tiempo pasa sola: _____

OBJETIVO:	
	Habla claro: _____ Confuso: _____ Dialecto: _____ Idioma: _____
	_____ Dificultad en la visión: _____ Audición: _____
	_____ Comunicación verbal y no verbal con la familia o con _____
	otras _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO:									
Creencia religiosa: _____ su creencia religiosa le genera conflictos personales:									
_____ Principales		valores			en		su Principales		familia: valores
personales: _____ Es									
congruente	su	forma de pensar		con		su forma de		vivir:	
OBJETIVO:									
Permite			el		contacto			Tiene	físico: algún
objeto: _____									

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:									
Trabaja	actualmente: _____			Tipo		de		trabajo:	
_____ Riesgos:									
_____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo:									
_____ Esta satisfecho con su trabajo:	_____	su sueldo le permite	cubrir	sus	necesidades	básicas	y/o	las	de
sufamilia	satisfecho	con	el	rol	familiar	que	Esta	juega:	
OBJETIVO:									
Estado	emocional	en	que	se	encuentra	por	estar	internado:	

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:				
Que	actividades	realiza	en	su tiempo libre:
_____			Que	actividad le gustaría
realizar durante su estancia : _____				
OBJETIVO:				
Se	muestra	apático,	aburrido	o participativo:

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO:				
Nivel	de			educación:
_____			Problema	
s	de			aprendizaje:
_____			Limitaciones	
cognitivas: _____				
_____			Preferencias.	tipo:
_____			Leer/escribir:	
fuentes	de	apoyo	para	el aprendizaje
comunidad:	_____	Sabe	como	utilizar estas fuentes de
apoyo:	_____	interés	en	el aprendizaje
para	_____	resolver	problemas	de
salud:	_____			

OBJETIVO:				
Se	muestra	apático,	aburrido	o participativo:

6.1-GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA SEXUAL Y REPRODUCCIÓN.

Las mujeres tienen una vida fértil limitada que se inicia poco después de la primera menstruación, declina en forma ligera en los años reproductivos tardíos y termina al presentarse la menopausia. En el curso de la vida reproductiva se liberan alrededor de 500 óvulos. En el varón, la producción de semen se inicia en la pubertad y continúa hasta edad avanzada. El número de espermatozoides maduros que producen los testículos durante este intervalo tan prolongado es de varios billones, y la capacidad reproductiva de un varón fértil es sorprendente.

6.2-APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

El **aparato reproductor masculino**, junto con el femenino, es uno de los encargados de garantizar la procreación humana.

Se puede nombrar con los siguientes términos:

Aparato reproductivo masculino.

Aparato genital masculino.

Sistema reproductor masculino.

Sistema genital masculino.

“Los órganos reproductores internos son aquellos que se encuentran en la cavidad pélvica, por lo tanto los órganos externos se encuentran fuera de ésta, aunque estén cubiertos por tejido o piel (Ejemplo: el pene y los testículos)”...²⁶

Está compuesto por órganos internos y externos

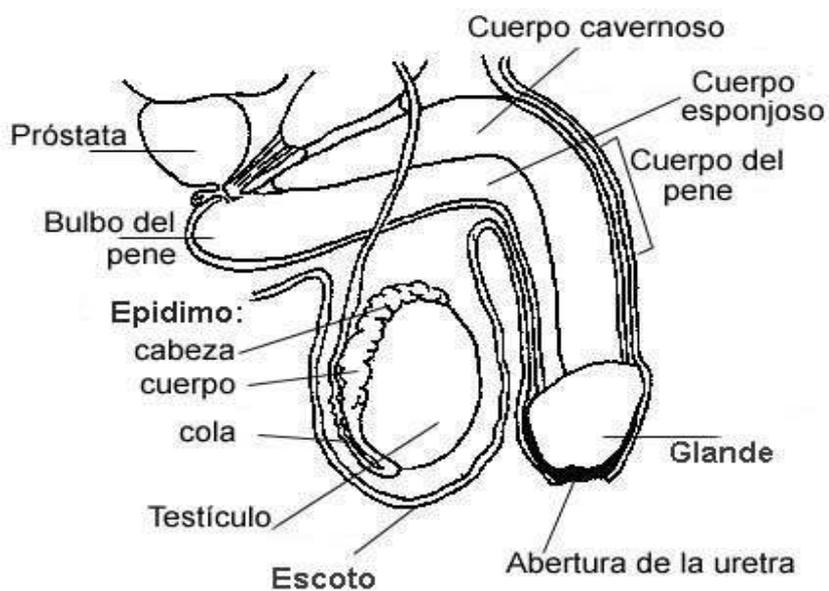
²⁶ Mondragón, Obstetricia básica ilustrada ed. trillas pag.24

Órganos internos

Epidídimo
Conducto deferente
Vesículas seminales
Conducto eyaculador
Próstata
Uretra
Glándulas bulbo-uretrales
Cuerpo esponjoso
Cuerpo cavernoso
Testículos

Órganos externos

Pene
Escroto



6.3.-APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Aparato reproductor femenino el sistema sexual femenino, junto con el masculino, es uno de los encargados de garantizar la procreación humana. Ambos se componen de las gónadas, órganos sexuales donde se forman los gametos y producen las hormonas sexuales, las vías genitales y los genitales externos.

El sistema reproductor femenino está compuesto por:

Órganos internos.

Ovarios: Es donde se desarrollan los óvulos para luego ser liberados en las trompas de Falopio. Además en los ovarios se producen estos dos tipos de hormonas: progesterona y los estrógenos.

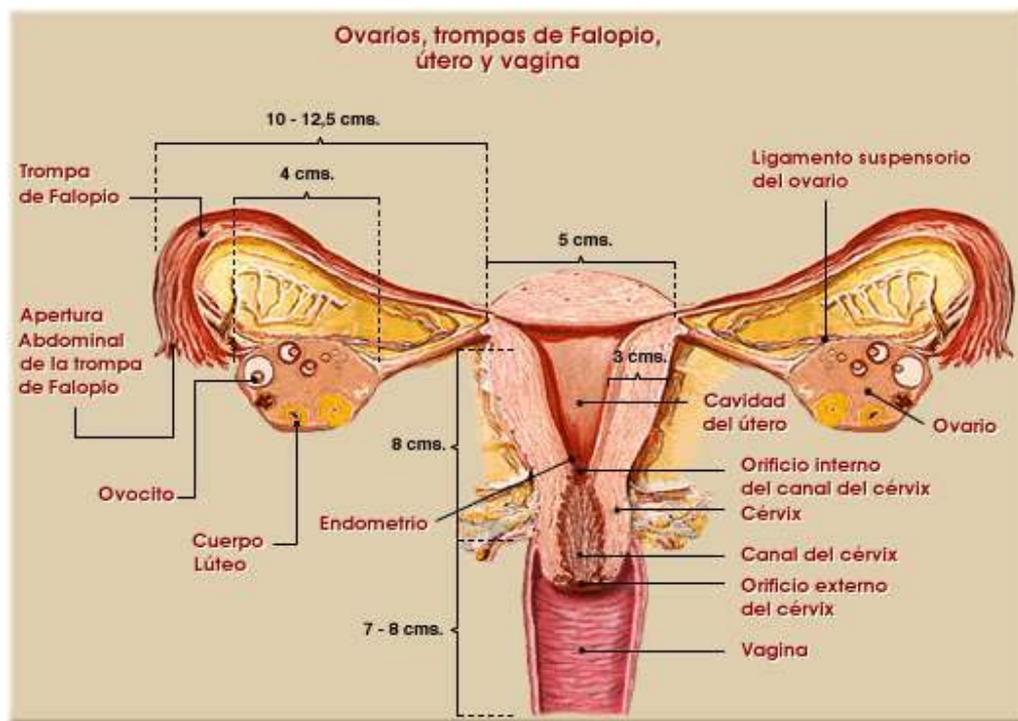
Tubos uterinos ó Trompas de Falopio: Conductos que comunican los ovarios con el útero y por donde viajan los óvulos, es donde se efectúa la fecundación. También raramente aquí se desarrolla el embrión (embarazo ectópico).

Las trompas de Falopio son unos conductos de 12 a 14 mm que tienen como función llevar el óvulo hasta el útero. El orificio de apertura de la trompa al útero se llama ostium tubárico.

Distinguimos cuatro tramos en las trompas:

1. Porción infundibular: Con forma de embudo tiene en sus bordes unos flecos llamados FIMBRIAS que palpan la superficie del ovario para determinar donde se va a producir la ovulación.
2. Ampolla tubárica: Es dilatada y en ella permanecerá el ovulo entre 24 horas para ser fecundado, si no es así se producirá la menstruación.
3. Istmo tubárico.
4. Porción Intramural: ubicada en las paredes del útero.

Útero: Órgano hueco y musculoso en el que se desarrollará el feto. La pared interior del útero es el endometrio, el cual presenta cambios cíclicos mensuales relacionados con el efecto de hormonas producidas en el ovario, los estrógenos.



Vagina: Es el canal que comunica con el exterior, conducto por donde entrarán los espermatozoides.

La irrigación sanguínea de los genitales internos está dada fundamentalmente por la arteria uterina, rama de la arteria hipogástrica y la arteria ovárica rama de la aorta.

La inervación está dada por fibras simpáticas del plexo celíaco y por fibras parasimpáticas provenientes del nervio pélvico.

Órganos externos

Artículo principal: *Vulva*

En conjunto se conocen como la *vulva*, compuestos por:

Clítoris: Órgano eréctil y altamente erógeno de la mujer y el equivalente al pene masculino.

Labios: En número de dos a cada lado, los *labios mayores* y los *labios menores*, pliegues de piel saliente, de tamaño variables, constituidas por glándulas sebáceas y sudoríparas y ricamente innervados.

Monte de Venus: Una almohadilla adiposa en la cara anterior de la sínfisis púbica, cubierto de vello púbico y provista de glándulas sebáceas y sudoríparas.

Vestíbulo bulbar: Un área en forma de almendra perforado por seis orificios, el meato de la uretra, el orificio vaginal, las Glándulas de Bartholin y las glándulas para uretrales de Skene.

La forma y apariencia de los órganos sexuales femeninos varía considerablemente de una mujer a otra...²⁷

6.4.-CICLO MENSTRUAL FEMENINO

Los óvulos maduran dentro de los ovarios en ciclos durante la vida fértil de la mujer. Alrededor del día cinco del ciclo menstrual típico de 28 días, alrededor de 20 óvulos comienzan a madurar en los ovarios dentro de sacos llenos de líquido llamados Folículos. Alrededor del día 14, un folículo ha madurado más rápido que los demás y libera el óvulo maduro. El resto de los folículos se marchita, muere y es reabsorbido, mientras que el folículo que se rompió se transforma en el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo.

Durante la segunda mitad del ciclo, el cuerpo lúteo produce PROGESTERONA, que luego hace que el endometrio (revestimiento interno del útero) aumente su grosor y se ablande, listo para recibir al óvulo fecundado. Si no se produce la fecundación, el óvulo muere y se desintegra y el cuerpo lúteo se marchita. La consiguiente disminución de los niveles de progesterona desencadena el desprendimiento del endometrio durante la MENSTRUACION. Por lo general, se libera un óvulo por vez, aunque algunas mujeres suelen liberar varios óvulos, lo cual produce nacimientos múltiples; ocasionalmente no se libera ningún óvulo.

Los ovarios ovulan al azar pero durante muchos ciclos cada ovario ovula igual cantidad de veces.

²⁷ Ídem pág. 32

El primer día de la menstruación, se inicia el ciclo menstrual. El intervalo promedio entre dos periodos es por lo general de 28 días, sin embargo, el ciclo puede ser de 20 a 35 días, esto varía de mujer a mujer. Existen mujeres con un ciclo menstrual regular, es decir, que el intervalo entre dos periodos es constante, sin embargo, también hay mujeres con un ciclo menstrual irregular, donde el intervalo tiende a variar cada mes. . La menstruación puede tener una duración de 2 a 6 días, siendo 4 días el tiempo promedio. Por último, al decaer el nivel hormonal, esto estimula nuevamente los folículos y el desarrollo de un nuevo óvulo, lo que inicia nuevamente el ciclo menstrual.

“Es importante mencionar que los eventos relacionados al ciclo menstrual no son constantes y tienden a variar de mujer a mujer, y de período a período. Estos incluyen el día de la ovulación, periodo de fertilidad, duración de la menstruación, etc.”...²⁸



²⁸ Idem PAG.82

6.5-EMBARAZO.

Se denomina **gestación, 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. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.¹

“El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico)”...²⁹



²⁹ IDEM...86

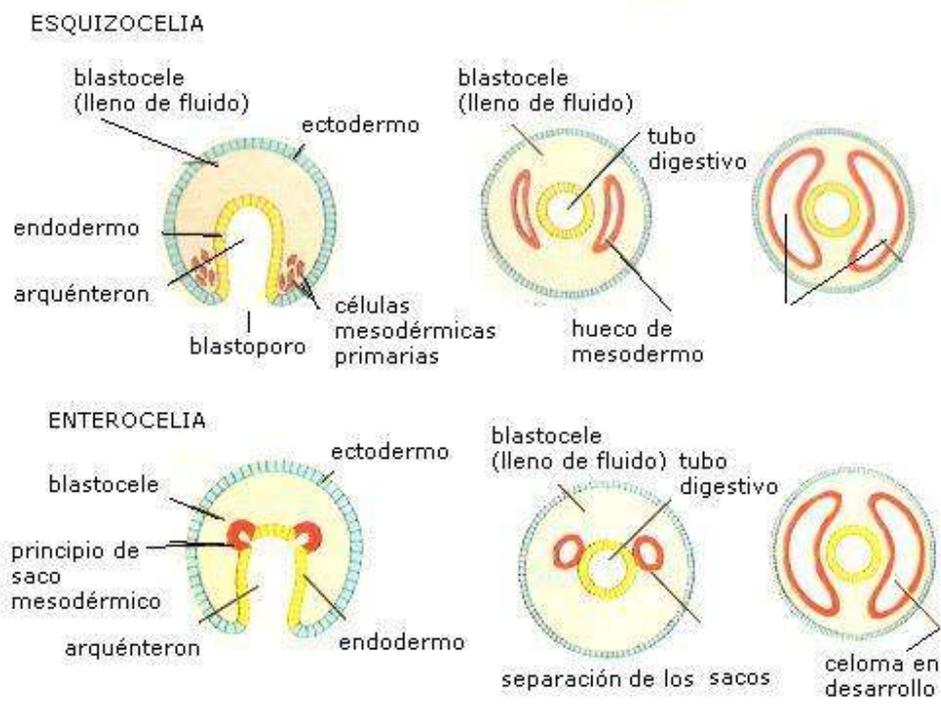
6.6.-DESARROLLO EMBRIONARIO.

PRIMER MES
Al finalizar este periodo el embrión es 100 veces mayor que el óvulo fecundado. Sus intestinos están en formación. Pequeños apéndices anuncian ya brazos y piernas. El corazón, un tubo en forma de U, empieza a latir. El embrión mide 5 mm.
SEGUNDO MES
Hay un mayor desarrollo de la cabeza y de la cadera. El embrión pierde su pequeña cola que pasa a formar el cóccix y con ella ese aspecto de pequeño reptil adormecido. Mide 3 cm. y adquiere todas las características de un futuro ser humano
TERCER MES
En este mes el embrión toma el nombre de feto y ya mide 9 cm. En una de sus primeras transformaciones pierde la apariencia asexual y presenta nítidamente su condición masculina o femenina. Todos los órganos se encuentran formados y de ahí en adelante sólo deberán perfeccionarse. La placenta funciona perfectamente- mente, uniendo al feto a la madre. Disminuyen los riesgos de aborto y el feto aumenta su resistencia contra agentes agresores
CUARTO MES
El feto aún tiene una cabeza enorme, desproporcionada en relación con su longitud de aproximadamente 18 cm. Lo recubre un lanugo enrollado y grasoso, que evita que el líquido amniótico ablande la piel. Su corazón late dos veces más de prisa que el de un adulto.
QUINTO MES
El feto entra en contacto con el mundo: es entonces cuando su madre percibe los primeros- puntapiés. Los huesos y las uñas se empiezan a endurecer, aparecen los mamezones, y los latidos de su corazón pueden ser escuchados con un estetoscopio. Reacciona cuando escucha ruidos externos muy violentos. También tiene reacciones táctiles y guiña los ojos. Sus pulmones ya están formados, pero aún retira el oxígeno de la sangre materna.
SEXTO MES
En este mes el feto mide 30 cm. y pesa más de 1 kg. se mueve mucho, sus músculos se están desarrollando. El lanugo cae y es reemplazado por los cabellos. Su cuerpo esta ahora protegido por una sustancia blanca y oleosa (vérnix caseoso).
SÉPTIMO MES
Los complicados centros nerviosos establecen conexiones y los movimientos del feto se hacen más coherentes y variados. mide cerca de 35 cm. y pesa más de 1 kg. Si naciese en este momento tendría buenas posibilidades de sobrevivir. Por lo que consideraría como parto prematuro.
OCTAVO MES
Este es el mes embellecimiento: la grasa distiende la piel que hasta entonces estaba

arrugada. El bebe se vuelve rosado y sus formas se redondean. Algunos órganos ya funcionan en forma definitiva. Mide de 40 a 45 cm. y pesa alrededor de 2 kg.

NOVENO MES

El bebé se prepara para nacer: gana peso y la fuerza necesaria para realizar el trabajo que esta por enfrentar. Su cabeza se desliza y empieza a descender por la cavidad uterina, esperando el momento de salir a la luz, que ya esta muy próximo.



6.7.-ABORTO

“El **aborto espontáneo** o **aborto natural** es la pérdida de un feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando la cesación se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento parto prematuro.

El aborto espontáneo puede ser **retenido**, cuando no se elimina nada, **incompleto**, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación, o **completo**”...³⁰

CAUSAS

La causa más frecuente, es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas, más a menudo que por deficiencias del organismo materno. También puede deberse a enfermedades sistémicas de la madre (diabetes, nefritis, traumatismos graves), o enfermedades infecciosas (Mal de Chagas, Toxoplasmosis, Brucelosis, Sífilis, Listeriosis, Hepatitis B, SIDA)

La tasa natural de fracaso de las gestaciones es muy elevada, aunque la mayor parte ocurre en las primeras semanas y en la mayor parte de los casos la madre no llega a enterarse. Por otra parte el aborto espontáneo ocurre en el 10% de los embarazos detectados, casi siempre entre las semanas séptima y duodécima.

Entre los factores de riesgo comprobados están la edad elevada, las enfermedades sistémicas y la ocurrencia previa repetida de abortos espontáneos.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas — es decir, signos percibidos por el propio paciente — más frecuentes son el dolor abdominal de tipo cólico o en la región lumbar; la hemorragia vaginal acompañada o no de dolores cólicos abdominales o la emisión de materia sólida tisular o de coágulos por la vagina. Por otra parte algunos de estos signos son frecuentes durante los primeros meses de la gestación sin que tengan que ir necesariamente seguidos de aborto.

Existen signos médicos que pueden permitir al especialista detectar una situación de riesgo de aborto.

³⁰ OPT CIT PAG.243

TRATAMIENTO

Una vez observados signos de riesgo la recomendación suele ser de restringir ciertas formas de actividad, o incluso un reposo completo. Igualmente suele recomendarse en esos casos la abstinencia sexual.

Si el aborto se produce, suelen presentarse signos evidentes, primero en forma de una reducción de los signos del embarazo, pero también por secreciones vaginales anormales, las cuales deben ser evaluadas, también para saber si el aborto es completo o no.

Si el aborto no se completa en un plazo de pocas semanas, se requerirá cirugía para completarlo artificialmente. La cirugía puede sustituirse por un tratamiento con medicamentos, pero los efectos secundarios y el riesgo de que la evacuación no se complete, obligando finalmente a recurrir a la cirugía, hace que esta opción no sea siempre preferible.

“Los efectos de un aborto espontáneo suelen desaparecer enseguida, volviendo al ciclo menstrual normal y a una probabilidad normal de embarazo, aunque suele recomendarse una moratoria de uno o dos ciclos antes de volver a intentarlo”...³¹

³¹ OPT CIT PAG 248

PREVENCIÓN

Las posibilidades de aborto espontáneo pueden limitarse mucho con una atención especial por parte de la madre y una vigilancia médica acentuada, especialmente si dependen de limitaciones físicas de la madre. El riesgo asociado a enfermedades sistémicas se combate tratándolas antes del eventual embarazo y vigilando el estado de la madre durante éste.

Amenaza de aborto espontáneo



Sangrado vaginal

ADAM.

6.8.-LEGRADO UTERINO

El legrado uterino, también llamado dilatación y curetaje (D y C, por sus siglas en inglés), es el raspado de la mucosa o membrana interior del útero (endometrio). Es el procedimiento ginecológico más común y se realiza sobre todo para tratar o diagnosticar las causas de hemorragias uterinas anormales.

DESCRIPCIÓN

El legrado consiste en la extracción de tejido de la membrana interna del útero con un instrumento en forma de cuchara, la legra, tras haber provocado la dilatación de la abertura del útero.

CONSIDERACIONES

Muchas mujeres consideran que es una experiencia desagradable. La anestesia local puede producir molestias y calambres. Estas molestias se reducen si se toman medicamentos para aliviar la ansiedad que precede a toda intervención. Con este fin, generalmente se usan calmantes.

Las hemorragias y calambres que siguen al procedimiento son normales; las descargas pueden continuar por una semana. En algunos casos no se producen hemorragias pero en otros sí, especialmente se ha quitado un pólipo o un fibroma. Hay mujeres que después de la operación sienten dolores abdominales o dolor de la espalda durante algunos días.

CAUSAS

Este procedimiento se realiza en las siguientes circunstancias:

- Diagnóstico y tratamiento de pólipos.
- Diagnóstico de cáncer uterino fibromas y otros tumores del útero
- Tratamiento de endometritis.
- Hemorragia abundante tras el parto.
- Tratar sangrado uterino anormal.
- Encontrar la causa de un dolor recurrente en la pelvis o un aumento inusual en el tamaño del útero.
- Extraer un dispositivo intrauterino (IUD).
- Sacar parte de la placenta que quedó en el útero después de dar a luz.
- Extraer un aborto espontáneo.
- Realizar un aborto provocado.
- Extraer abortos inadvertidos, incompletos o inducidos.

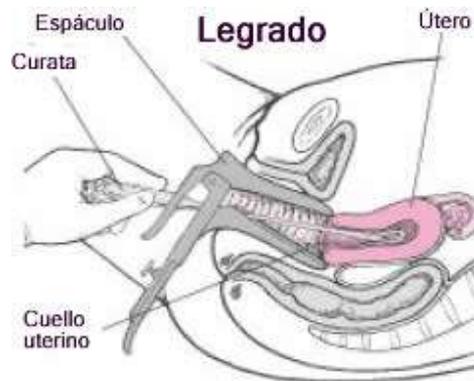
A veces en vez de este procedimiento se puede usar:

- Histeroscopia (dilatación del cuello del útero usando un endoscopio para mirar dentro del útero y extraer parte del revestimiento)
- Biopsia endometrial (se extrae una muestra de la capa interna de la pared uterina usando un tubo pequeño parecido a un sorbete insertado en la vagina)
- Tratar el problema con medicamentos, como por ejemplo hormonas.

CUIDADOS

Tras el procedimiento, el cuello del útero permanece dilatado durante dos semanas:

- No use tampones o duchas vaginales durante 10-14 días
- No tenga relaciones sexuales durante 10 días
- No tome baños en la tina; use la regadera



7.- DOMINIOS DE LA TAXONOMIA II NANDA

Dominio 1.

Promoción de la salud: toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones o estrategias usadas para mantener el control y fomentar en bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Dominio 2.

Nutrición: actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Dominio 3.

Eliminación: secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Dominio 4.

Actividad/reposos: producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Dominio 5.

Percepción/cognición: sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Dominio 6.

Auto percepción: conciencia del propio ser.

Dominio 7.

Rol/relaciones: conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Dominio 8.

Sexualidad: identidad sexual, función sexual y reproducción.

Dominio 9.

Afrontamiento/tolerancia al estrés: forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Dominio 10.

Principios vitales: principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.

Dominio 11.

Seguridad/protección: ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y de la protección y seguridad.

Dominio 12.

Confort: sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Dominio 13.

Crecimiento/desarrollo: aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

8.-GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aborto. (Del lat. *abortus*). m. Acción de abortar. || **2.** Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas.

Actividades de enfermería:

Actividades o acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Conocimiento.

Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.

Comunidad:

Grupo de personas y relaciones entre los miembros del grupo que se desarrollan mientras comparten un entorno físico común y algunos organismos e instituciones (p.ej., escuela, departamento de bomberos, colegio electoral).

Cuidado enfermero:

Se define con el término “estar con el paciente”, el profesional acompaña a la persona con sus experiencias de salud. El profesional y el paciente colaboran en los cuidados, por lo que los cuidados son individualizados.

Ciencia.

Es tanto un cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.

Definición:

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

Diagnóstico de enfermería:

Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales, que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera (o) es responsable (NANDA).

Etiqueta:

Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

Factores de riesgo:

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

Factores relacionados:

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

Familia:

Dos o más personas relacionadas por consanguinidad o por elección con responsabilidad compartida para fomentar el desarrollo mutuo, la salud y el mantenimiento de las relaciones.

Filosofía.

Es la búsqueda que nos permite comprender la naturaleza humana, sus realidades, significados, valores y normas de conducta. La filosofía se ocupa de los juicios acerca de los componentes de la ciencia al indagar la naturaleza de las cosas, basándose en el razonamiento lógico en lugar de emplear métodos empíricos.

Fertilidad.

(Del lat. *fertilitas*, *-ātis*). f. cualidad de fértil.

Hemorrágico, ca. adj. perteneciente o relativo a la hemorragia. || **2.** Que produce hemorragia

Indicador de un resultado:

Un estado, conducta o percepción más concreto de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente, familia o comunidad a nivel concreto. Algunos ejemplos de indicadores incluyen “Describe estrategias para aumentar la salud”, “Mantiene rutinas familiares habituales”, “Ingesta adecuada de líquidos”.

Intervención de enfermería:

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Medición:

Escala de Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado. La medición reflejara un continuo, como por ejemplo 1= gravemente comprometido; 2 =sustancialmente comprometido; 3= moderadamente comprometido; 4= ligeramente comprometido; 5= no comprometido.

Modelo.

Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.

Paciente:

El paciente es una persona, grupo, familia o comunidad que constituye el centro de la intervención de enfermería. En este texto se utilizan los términos paciente, individuo y persona pero, en algunas situaciones, puede preferirse el término cliente. Los usuarios son libres de utilizar el término más adecuado en su entorno de trabajo.

Problema interdependiente o de colaboración:

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

Sanguíneo, a.

(Del lat. *sanguiněus*). adj. De sangre. || 2. Que contiene sangre o abunda en ella.

Taxonomía de las intervenciones de enfermería:

Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones un función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones.

Taxonomía de resultados de enfermería:

Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

Teoría.

Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

9.-Bibliografía

1. Almanza Martínez Pilar. Metodología de los Cuidados de Enfermería. Editorial M.D. México D.F 1999.
2. Ackley-Ladwing. Betty. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la Planificación de Cuidados.
3. Hernández- Conesa Fundamentos de la Enfermería Teoría y Modelo 2ª edición. Editorial McGraw- Hill Interamericana. España 2003.
4. H. Yura- M.B Walsh. El Proceso de Enfermería, Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación. Editorial Alambra España 1982.
5. Fernández Ferrín. L. Rodrigo De la Teoría a la Práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª edición. Editorial Masson. España 2000.
6. McCloskey Joanne Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª edición. Editorial Elsevier Mosby .España 2005.
7. Juall Carpenito Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 1ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid España 2002
8. Marion Johnson- Bulechek. Interrelaciones NANDA NOC Y NIC 2ª edición. Editorial Elsevier España 2007.
9. Marriner. T.A. Raile, A.M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª edición. Editorial Harcourt Brance 1999.
10. Mondragón, Obstetricia básica ilustrada, editorial trillas, México 1982.
11. Moorhead, Sue, M Jonson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª edición. Editorial Elsevier Mosby. España

12. Murria Mary Ellen. Proceso Atención de Enfermería. 5ª edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México D.F. 1996.
13. Navarro G., Fernández. Luis Ma.T.- De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 3ª edición. Editorial Masson.
14. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier España 2007. NANDA Internacional.
15. Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación Actual. Ediciones Cuellar México 2006
16. Rosales Barrera- Gómez. Fundamentos de Enfermería 3ª edición. Editorial Manual Moderno. México 2004
17. Wesley, Ruby RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería Editorial Mc Graw Hill Interamericana 1997.