



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICÍA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UNA PACIENTE ADOLESCENTE  
CON ABORTO Y LEGRADO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICÍA  
P R E S E N T A :  
MONICA CASTILLO HERNÁNDEZ**

**No. de Cuenta 9260693-1**

**ASESORA:**

**LIC. MAGDALENA MATA CORTES**



**MÉXICO, D.F.**

**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.

## **EL HOMBRE DE VIDRIO**

**Cuando obtienes lo que quieres en tu lucha por el bienestar**

**Y el mundo te hace rey por un día,**

**Sólo ve al espejo y mírate a ti mismo**

**Y observa qué es lo que el hombre tiene que decir.**

**Pero en está ocasión no es tu padre o madre o cónyuge**

**por cuyos juicios sueles pasar,**

**el compañero que tiene el veredicto que más cuenta en tu vida**

**es el que se mira en el vidrio.**

**Algunas gentes pueden pensar que eres admirable**

**y decirte que eres un ser maravilloso,**

**pero el hombre del vidrio dice que sólo eres un fanfarrón**

**si no puedes verlo directo a los ojos.**

**Él es la persona a quien hay que agradar, no importan todos los demás,**

**y tú habrás aprobado los exámenes más difíciles y peligrosos**

**si el hombre del vidrio es tu amigo.**

**Tú podrías engañar a todo el mundo durante años**

**y recibir palmadas en el hombro mientras pasas**

**pero tu premio final serán las lágrimas y un corazón dolido si tú le has hecho  
trampa al hombre del vidrio.**

**Anónimo**

## INDICE

		PÁGINA
	INTRODUCCIÓN	5
	JUSTIFICACIÓN	6
	OBJETIVOS	7
1	<b>CAPITULO I MARCO TEÓRICO</b>	
	1.1 CONCEPTUALIZACION DE LA ENFERMERIA	8
	1.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	10
	1.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	
	1.3.1 VALORACION	11
	1.3.2 DIAGNOSTICO	14
	1.3.3 PLANEACION	17
	1.3.3.1TAXONOMIA DEL NOC	18
	1.3.4 EJECUCIÓN	21
	1.3.4.1 TAXONOMIA DEL NIC	21
	1.3.5 EVALUACIÓN	23
	1.3.6 BENEFICIOS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	23
2	<b>CAPITULO II GENERALIDADES DEL CUIDADO</b>	
	2.1 CUIDAR	25
3	<b>CAPITULO III BASES CONCEPTUALES DE LA TEORIA</b>	
	3.1 PRINCIPALES CONCEPTOS	26
4	<b>CAPITULO IV GENERALIDADES DEL MODELO VIRGINIA HENDERSON</b>	
	4.1 4.1.1 BIOGRAFIA	28
	4.1.2SUPUESTOS PRINCIPALES	29
	4.1.3 AFIRMACIONES TEORICAS	30
	4.1.4 PRINCIPALES CONCEPTOS	30
	4.1.5 14 NECESIDADES BASICAS	31

	<b>CAPITULO V</b>	
<b>5.1</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>33</b>

**CAPITULO VI  
APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE  
ENFERMERIA**

<b>6.1</b>	<b>PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO</b>	<b>35</b>
<b>6.2</b>	<b>INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA VALORACION DE ENFERMERIA</b>	<b>36</b>
<b>6.3</b>	<b>PLANEACION, JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y ESTABLECIMIENTO DE RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>45</b>
<b>6.4</b>	<b>EJECUCION- PLAN DE CUIDADOS</b>	<b>46</b>
<b>6.5</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>46</b>
<b>6.6</b>	<b>PLAN DE ALTA</b>	<b>63</b>
<b>6.7</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>64</b>
<b>6.8</b>	<b>SUGERENCIAS</b>	<b>65</b>

**CAPITULO VII ANEXOS  
GENERALIDADES DE LA PATOLOGIA**

<b>7.1</b>	<b>ABORTO CON LEGRADO</b>	<b>67</b>
<b>7.2</b>	<b>TAXONOMIA II: DOMINIOS Y CLASES</b>	<b>71</b>
<b>7.3</b>	<b>INSTRUMENTO METODOLOGICO DE VALORACION (GUIA)</b>	<b>72</b>
	<b>GLOSARIO DE TERMINOS</b>	<b>80</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>82</b>

## INTRODUCCIÓN

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud a, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de necesidades del individuo, familia y comunidad los cuales pueden presentar una gran variedad de respuestas humanas, la forma en que responde son reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas.

Por lo anterior es necesario utilizar un modelo de enfermería como guía para detectar las necesidades y reacciones de la paciente.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realiza basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, que identifica 14 necesidades básicas. Así mismo es importante mencionar que este proceso ha sido trabajado en base a los diagnósticos de la NANDA Resultados NOC, e Intervenciones NIC a través de una asesoría previa que me ayudo a utilizar conjuntamente estos tres lenguajes para aplicarlos en el plan de cuidados de Enfermería.

El proceso es aplicado a una mujer joven de 18 años con evidencia de maltrato físico, la cuál presenta un aborto y se le realizó un legrado intrauterino. En base a la valoración de enfermería se identificaron las necesidades de la paciente en las cuáles se puede intervenir para mejorar sus condiciones de salud.

Para lograr los resultados es necesario que la paciente comprenda la importancia que tiene su salud y la recuperación de sus valores y autoestima como mujer así como la cooperación en los cuidados necesarios que deberá llevar a cabo con ayuda de sus familiares y se vean comprometidos a colaborar con la paciente para el logro óptimo de su salud.

En México con la aprobación de la ley que permite el aborto nos damos cuenta que las mujeres carecen de responsabilidad, y conocimientos ante está práctica para tomar elección al respecto.

## **JUSTIFICACION**

Con la elaboración del proceso de enfermero beneficiamos al paciente, ya que por medio de este realizamos actividades que lo ayudan a mejorar su estilo y calidad de vida, por medio del cuál satisfacemos las necesidades básicas del individuo. Creo que a través de este proceso logramos la atención al paciente de una forma holística e individualizada.

Al terminar la carrera de licenciatura en enfermería es necesario buscar una opción para titularse en mi caso elegí la realización de un proceso de atención de enfermería el cuál se le aplico a una paciente adulta joven. Mediante el proceso podemos identificar las necesidades que tiene nuestro paciente y a través de ellas realizamos y cumplimos con el objeto de estudio de la enfermería que es el la valoración y cuidado de la respuesta humana del sujeto que es el paciente.

## **OBJETIVOS**

### **General**

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una paciente joven que presenta aborto, legrado y presencia de alteración en varias necesidades humanas, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson.

### **Específicos**

- Identificar las necesidades alteradas para satisfacer la respuesta humana.
- Brindar los cuidados necesarios para cubrir las necesidades básicas
- Mejorar el estado de salud del paciente a través de los cuidados de enfermería específicos.

# CAPITULO I

## MARCO TEORICO

### 1.1 Conceptualización de la enfermería

Enfermería es la ciencia: es la “ciencia” (Leddy 1989) y “el arte” (Iyer 1997) de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” (Alfaro 1999) de las “respuestas humanas” (Iyer 1997) del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales (Luis 1998); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

#### *La enfermería como ciencia*

La enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como con: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero; empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos. Así mismo la enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia: Paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, métodos y técnicas que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan; coherencia en la interrelación de hechos principios, leyes y teorías; campo definido del conocimiento “ las respuestas de los seres humanos a la salud y enfermedad”; expresión de proposiciones universales de los fenómenos que se proponen investigar; proposiciones verdaderas o probablemente verdaderas que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo interconexiones entre los conceptos del metaparadigma “persona, entorno, salud y enfermería”. Empleo de procesos de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos. (Leddy 1989)

#### *La enfermería como arte*

Por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que la hace ser creativa e innovadora.

#### *La esencia de la enfermería*

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

¿Que son las respuestas humanas?

Es la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad (Iyen 1997) representando todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. (Iyen 1997)

Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como los enfermos.

Las respuestas humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que originan la pérdida de la salud.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> A. Rodríguez S. Bertha. Proceso Enfermero Aplicación Actual. Ed. Ediciones Cuellar. México 2006. Pág. 19-20

## 1.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1995 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer 1997:9).

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

Así en muchos países, la aplicación del proceso es requisito para el ejercicio de la enfermería profesional, en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cuál resulta desconocido para muchas compañeras (os) aún en nuestros días.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Op. Cit. Pág. 31

### 1.3 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.<sup>3</sup>

#### 1.3.1 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.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Op. Cit. Pág. 29

<sup>4</sup> Alfaro-Lefevre. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª.ed. Ed. Masson 2005. Pág. 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 y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.

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 éstas tres variables.

### Examen Físico

La valoración física, ya sea céfalo 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.<sup>5</sup>

### Registro de Datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo 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.

---

<sup>5</sup> Ibidem. Pág. 3,4.

### 1.3.2 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 esta etapa podemos distinguir dos pasos: el análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis, y la formulación de los problemas detectados.<sup>6</sup>

#### 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 se 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.

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.

---

<sup>6</sup> Ibidem. Pág. 5

## 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.<sup>7</sup>

## Tipos de Diagnósticos de Enfermería

Es fundamental llegar a determinar con la mayor exactitud posible cuál es el problema o situación y por que 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 parte, 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.

---

<sup>7</sup> Ibidem Pág. 6

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.<sup>8</sup>

### Estructura del formato PES

Gordón 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.<sup>9</sup>

### 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.

---

<sup>8</sup> Ibidem. Pág. 7,8.

<sup>9</sup> Murria Mary Ellen. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana México D.F. 1996.

## Definición

Proporciona una descripción clara y precisa del problema, aclara su significado y ayuda a identificarlo de diagnósticos similares.<sup>10</sup>

### 1.3.3 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.<sup>11</sup>

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

---

<sup>10</sup> Op. Cit. Pág. 102

<sup>11</sup> Benavent Garcés Amparo. Fundamentos de Enfermería. Ed. Difusión y avances en Enfermería, Madrid, España, 2001 Pág. 278

hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.<sup>12</sup>

### 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.”<sup>13</sup>

#### **1.3.3.1 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.

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,

---

<sup>12</sup> Op. Cit. Pág. 73,74

<sup>13</sup> Op. Cit. Pág. 33

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.<sup>14</sup>

## **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.

## **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.

---

<sup>14</sup> Jonson Marion-Bulechek Gloria. Interrelaciones NANDA NIC Y NOC. Ed. Elsevier España 2007, pág 7,9.

### 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 si 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, administración de medicamentos, terapias intravenosas, tratamientos, sondajes.

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.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Op. Cit. Pág. 279-292

### **1.3.4 EJECUCION**

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.

#### **1.3.4.1 TAXONOMIA NIC**

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

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.<sup>16</sup>

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.<sup>17</sup>

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.

---

<sup>16</sup> Op. Cit. Pág. 4,6

<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup>

### **1.3.5 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.

### **1.3.6 BENEFICIOS QUE OBTENEMOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **Para el usuario**

El primer beneficiario es el paciente porque:

1.- Recibe una atención de calidad que es:

- Individualizada: es decir, adaptada al individuo, no a la enfermedad.
- Integral: entendiendo al hombre como un todo unificado, como un ser con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales inseparables, de forma global y holística.

2.- El centro de atención del proceso es la persona. Participando de forma activa en la toma de decisiones referente a sus cuidados y en el logro de los objetivos lo que le motiva positivamente.

---

<sup>18</sup> Op. Cit. Pág. 90

3.- Mejora notablemente la comunicación y, en consecuencia, la relación enfermera-paciente.

4.- Se siente más seguro al poder identificar a las personas responsables de sus cuidados.

### **Para la enfermera**

1.- Aumentar la satisfacción profesional que se deriva de un trabajo más eficaz, más organizado, más científico y que puede medirse.

2.- Los cuidados planificados por escrito coordinan los esfuerzos de todo el equipo de salud y los dirigen hacia una misma meta. Facilita la comunicación entre los profesionales y asegura la continuidad de los cuidados.

3.- Es el método más riguroso para evitar omisiones y/o repeticiones, lo que aumenta la seguridad tanto del cliente como de la enfermera.

4.- La planificación de los cuidados supone que la enfermera está capacitada para emitir juicios profesionales y tomar decisiones independientes, lo que supone una mayor autonomía y control de nuestra práctica.

### **Para la enfermería como profesión**

El método es considerado como uno de los principales motores de cambio en la profesión porque constituye un criterio básico para el reconocimiento de una disciplina como ciencia.

1.- Ayuda a clarificar y definir el papel de la profesión porque permite saber que hacen las enfermeras, como lo hacen y evaluar la calidad de su servicio.

2.- La toma de decisiones desarrolla el pensamiento independiente, reflexivo y exige una formación actualizada y permanente.

3.- Proporciona la estructura necesaria para la investigación: Para la joven ciencia enfermera, la documentación clínica que refleje una actividad metódica es una fuente primaria imprescindible para construir y ampliar el cuerpo de conocimientos.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Op. Cit. Pág. 8-37

## **CAPITULO II 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.

### **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.”<sup>1</sup>

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.”<sup>2</sup>

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

“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. Y que afirma <<afirma que a la enfermería le concierne la totalidad de la salud de las seres humanos. Reconociendo que están en continua interacción con su entorno>>”

El concepto de cuidado representa a la disciplina o a la profesión y este no es concepto metaparadigmático apropiado porque crea una tautología.

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 ultimo.

---

<sup>1</sup> Colliere, Francois M. Promover la vida. Editorial interamericana Mc Graw Hill Madrid España 1993, Pág. 235.

<sup>2</sup> IBIDEM Colliere, Francois M. Pag. 35

## **CAPITULO III**

### **BASES CONCEPTUALES DEL DESARROLLO DE LA TEORÍA**

#### **3.1 Principales conceptos**

##### Filosofía

La filosofía es la ciencia que abarca la lógica, la ética, la estética, la metafísica y la epistemología. Es la investigación de las causas y leyes implícitas en la realidad, y es indagar la naturaleza de las cosas basándose en el razonamiento lógico en vez de emplear métodos empíricos.

##### Ciencia

La ciencia es la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales. Es un cuerpo de conocimientos.

##### Conocimiento

El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación.

##### Modelo

Un modelo es una idea que explica por medio de visualización física o simbólica. Los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos, o cuantitativos. Carecen de forma física reconocible y están en un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos. Los modelos verbales son enunciados construidos con palabras. Los esquemáticos pueden ser diagramas, dibujos, gráficos o imágenes. Los modelos cuantitativos se basan en símbolos matemáticos. Los modelos físicos pueden ofrecer un aspecto similar a lo que se proponen representar; por ejemplo órganos del cuerpo, o pueden hacerse más abstractos y conservar, sin embargo, algunas de las propiedades físicas, como los electrocardiogramas. Los modelos pueden utilizarse para hacer más fácil el pensar en los conceptos y las relaciones que existen entre ellos, o para delinear el proceso de investigación.

##### Paradigma

Un paradigma es un diagrama conceptual. Puede tratarse de una amplia estructura utilizada para organizar la teoría.

##### Teoría

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos.

##### Concepto

El concepto es la formulación mental compleja de un objeto, propiedad o evento, y deriva de la experiencia perceptiva individual. Es una idea; una imagen mental; generalización formada y desarrollada en la mente. Los conceptos definen a los

fenómenos.

#### Fenómeno

Un fenómeno es cualquier suceso o hecho que sea susceptible de percepción directa a través de los sentidos. Es la realidad: lo que existe en el mundo real.

#### Supuestos

Los supuestos son enunciados cuya certeza se supone sin prueba ni demostración. Pueden ser explícitos o implícitos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 1ª edición. Ed. ROL S.A. España 1989. Pág. 1,3

## **CAPITULO IV GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

### **4.1.1 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 Protestant 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.

#### **4.1.2 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.

### **4.1.3 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 cómo 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 inconciente, 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.

### **4.1.4 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 cómo 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 cómo 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 cómo 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.<sup>1</sup>

## 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.<sup>2</sup>

## 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.

### **4.1.5 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.

### **Las 14 necesidades básicas son:**

---

<sup>1</sup> Luis Rodrigo Fernández Ferrín. *De la Teoría a la Práctica, El Pensamiento de V, Henderson en el siglo XXI*. 2aed. Ed. Masson Barcelona España 2000 Pág. 35

<sup>2</sup> *Ibidem* Pág. 35-36

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.<sup>3</sup>

### Independencia

Se define cómo el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término "situación de vida" se refiere al "aquí y ahora" de la persona e incluye tanto los aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas, etc.), espirituales (ideas, creencias y valores), y los psicológicos (estado emocional en el que se encuentra).

### Dependencia

Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

### Autonomía

Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Ibidem. Pág.38

<sup>4</sup> Ibidem. Pág. 39

## CAPITULO V

### 5.1 METODOLOGÍA

El presente caso clínico se desarrollo bajo el modelo de Virginia Henderson aplicado a una paciente joven de 18 años de aborto con legrado intrauterino. Siguiendo las 5 etapas del Proceso Atención de Enfermería.

**Valoración** en esta etapa se aplico la guía clínica de Virginia Henderson (anexo). Para identificación de las 14 necesidades humanas de la paciente. La recolección de datos se inicio desde el primer contacto con la paciente a través de la observación por medio de la cuál inicio la obtención de información de mi paciente. El interrogatorio lo realiza a través de preguntas específicas (entrevista formal) y utilizando la guía clínica de valoración (anexo). El examen físico me ayudo a complementar la información requerida con relación a posibles evidencias físicas en este caso de maltrato hacia la paciente. Se utilizo en la exploración física la auscultación, percusión, palpación e inspección.

Los **diagnósticos** de enfermería se desarrollaron utilizando la taxonomía de la NANDA.

Se establecieron los diagnósticos reales y los 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.

Se determina la **planeación** de los cuidados que se le proporcionan a la paciente para satisfacer sus necesidades humanas.

Uso de la Taxonomía NOC:

Se busco la etiqueta diagnóstica y se eligió entre los resultados propuestos.

Cada resultado tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente.

La priorización de las necesidades de la paciente en el plan de cuidados se realizo de acuerdo ala jerarquía de necesidades de Maslow y Kalish: 1) Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas, 2) Problemas que interfieren con la seguridad y protección, 3) Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia, 4) Problemas que interfieren con la autoestima, 5) Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

**Ejecución** comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermería para ayudar al cliente a lograr los resultados deseados mediante la aplicación de las actividades de enfermería.

Uso de la Taxonomía NIC:

Se busco por etiqueta diagnóstica y se eligió entre las intervenciones propuestas, las cuáles tienen su propia definición.

Se buscaron las intervenciones escogidas que están ordenadas por orden alfabético y se eligieron las actividades de enfermería más adecuadas; las cuáles pueden seleccionarse o ser modificadas de acuerdo a la práctica diaria.

Se abordaron problemas de autonomía los cuáles tienen que ver con la satisfacción de necesidades básicas, concretamente alimentación, eliminación, movilización y vestirse y desvestirse, y que, por las circunstancias actuales de la paciente no puede satisfacer por si misma, siendo mi responsabilidad de suplir total o parcialmente a la paciente para la satisfacción de dichas necesidades.

Problemas de colaboración son aquellos que presento la paciente y que suponen las complicaciones más frecuentes del diagnóstico médico, y ante los cuáles mi papel es el de colaboración con el médico para la resolución final del problema.

La **evaluación** consiste en determinar el logro de los resultados deseados para la paciente.

## **CAPITULO VI APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

### **6.1.- PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO**

Ana conciente de 18 años de edad G 3 P 1 A 2, con un peso de 52kg, talla de 1,60cm, la cuál menciona estar embarazada ingresa por presentar sangrado transvaginal abundante refiere dolor pélvico tipo cólico, signos vitales a su ingreso F.C 90X´, F.R 28X´, Temp. 35.5°C, T/A 90/40; ingresa para realizar LUI por restos placentarios.

A la exploración física se observan con palidez de tegumentos, mucosas orales secas y lesiones físicas en cara y cuerpo .Vive en unión libre con su segunda pareja, la cuál en estos momentos no está con ella, acudió en compañía de su tía, tiene un hijo de 3 años el cuál lo dejo encargado con su abuela. Se observa adinámica preocupada estresada y ansiosa refiere desde hace días dificultad para conciliar el sueño y falta de apetito.

L a paciente presenta las siguientes necesidades alteradas:

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

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

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: L.M.C Edad: 18 años Sexo: Femenino  
Ocupación: Desempleada Estado civil: unión libre Religión: Católica  
Escolaridad: 1año preparatoria Domicilio: C-12 # 80 col.Valle Chalco Edo. De México.  
Unidad de salud donde se atiende: Hospital General Dr. Gea González

### SIGNOS VITALES

Respiración: Frecuencia 30xmin.  
Pulso: 90x min. Frecuencia: 28 Ritmo regular Temperatura: 35.5°C  
Tensión arterial: 90/40 mmHg.  
Somatometría: Peso: 52kg. Talla: 1,60

### 1. NECESIDAD DE OXIGENACION

#### Subjetivo:

Disnea/reposo/pequeños esfuerzos/medianos esfuerzos: Ortopnea: no  
Polipnea: si Bradipnea: no Sin alteración: --- Disnea debido a: ----- Tos productiva: ----- Cantidad: ----- Consistencia: -----  
----- Amplitud respiratoria/profunda /superficial: -----  
Ruidos respiratorios/estertores/sibilancia/crúptitos: ----- Dolor asociado con la respiración: ----- Permeabilidad de las vías aéreas: Adecuada X Inadecuada Fumador: no  
Desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional: -----  
Antecedentes cardiorrespiratorios: ninguno  
Otros: Taquipnea, relacionado a la pérdida de sangre, y la hipotensión.

#### Objetivo:

Alteraciones en la anatomía del sistema respiratorio: ninguna  
Registro de signos vitales y de características: Respiración 30x', Pulso 90x', Temperatura 35.5 °C, T/A 80/50, Peso 52kg, Talla 1,60cm.  
Tos productiva/seca: no estado de conciencia: alerta  
Coloración de piel/lechos unguenales/peribucal: palidez de tegumentos  
Saturación de oxígeno en sangre: 88% Hemoglobina: 10  
Circulación del retorno venoso: disminuido  
Entorno: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## 2.- NECESIDADES DE ALIMENTACION Y BEBER

### Subjetivo:

Conocimiento de los grupos de alimentos: si  
Número de comidas diarias: dos o tres al día  
Prefiere comer los alimentos: carne, tortilla, pan, huevo, fruta  
Ingestión de líquidos en 24hrs: 3 o 4 vasos al día Lugar donde come: en casa, cuando trabajaba comía en la calle.  
Ayuda para comer: es independiente  
Ayuda para preparar sus alimentos: no; prepara sus alimentos ella misma  
Apetito bueno/regular/deficiente: en este momento de su problema no tiene apetito, pero normalmente es bueno.  
Trastornos digestivos: no  
Intolerancias alimentarias/alergias: no  
Problemas de la masticación y deglución: ninguno  
Prototipo de imagen corporal: Siempre he sido delgada y así me siento bien.  
Fluctuaciones de peso últimos 6 meses: He bajado 6 kilos en los últimos seis meses.  
Otros:

### Objetivo:

Peso: 52Kg. Talla: 1.60cm. Turgencia de la piel: resequedad  
Membranas mucosas hidratadas/secas: Secas  
Características de uñas/cabello: uñas normales coloración normal, cabello bien implantado opaco.  
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: limitado en este momento  
Aspectos de los dientes y encías: dentadura completa y con buena higiene  
Historia de problemas cutáneos/de cicatrización/eccema/sequedad/sudoración excesiva: Ninguna alteración.  
Otros:

### 3 NECESIDAD DE ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales/Núm. de defecaciones al día/ fecha de última defecación/  
características: Estreñimiento, heces formadas y duras, evacua cada tercer  
día o una vez al día.

Hábitos urinarios/frecuencia/ disuria/ nicturia/ urgencia miccional/ hematuria/  
retención: orina de características normales, color amarillo claro, en este  
momento del problema con datos de sangrado.

Ultima menstruación/características/frecuencia: 10 de Abril 2008,28x30,  
sangrado moderado.

*Antecedentes gineco-obstetricos.*

Menarca 12 años. Dismenorreica: si.

Incapacitante: no. Ciclos: 28 x 30 Duración: 4 días

Método de control prenatal: no

Papanicolaou. No.

Gestas: 3

Paras: 1

Abortos: 2

SDG: 9

Vigilancia prenatal: si, del embarazo anterior.

Historia de hemorragias/enfermedades renales, otros:

Uso de laxantes: ninguno

Hemorroides: no

Dolor al defecar/menstruar/orinar: al defecar y menstruar

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: es molesto

Objetivo:

Abdomen características: blando

Ruidos intestinales: disminuidos

Palpación de la vejiga urinaria: vacía.

Otros:

#### 4 NECESIDADES DE TERMORREGULACION

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura/bebidas/clima: adecuada se adapta a los cambios y no le producen problema.

Ejercicio/tipo y frecuencia: ninguno.

Temperatura ambiental que les es agradable: se adapta a todos los cambios del ambiente.

Objetivo:

Características de la piel: seca y pálida.

Transpiración: sudoración piel fría en este momento de la enfermedad.

Condiciones del entorno físico: adecuada.

Otros: en este momento de la enfermedad Temp. De 35.5°C

#### 5 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: normal.

Actividades en el tiempo libre: caminar.

Hábitos de postura y descanso: cuando trabajo paso la jornada parada y por la tarde me acuesto para descansar, ahora por mi problema he estado acostada.

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema musculoesquelético. Fuerza: disminuida.

Capacidad muscular. Tono/resistencia/flexibilidad: disminuida.

Posturas: libremente escogida.

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: no.

Dolor con el movimiento: si, ligeramente.

Presencia de temblores: no.

Estado de conciencia: alerta.

Estado emocional: triste, y deprimida.

Otros:

#### 6 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Hora de descanso: 10 de la noche.

Horario de sueño: de 11 a 7.

Horas de descanso: 5 hrs.

Horas de sueño: 6 horas.

Siesta: 2 horas por la tarde. Ayudas: no.

Trastornos de sueño /despertar temprano/insomnio/pesadillas: si, dificultad para dormir, por problemas personales.

Se siente descansado después de dormir: no; despierto cansada preocupada desde las cinco de la mañana.

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad/estrés/lenguaje: se muestra preocupada, ansiosa y estresada.

Ojeras: si Atención: si

Bostezos: si

Concentración: disminuida

Apatía: en ocasiones

Cefaleas: si.

Respuesta a estímulos: si.

Otros:

#### 7 NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

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.

Otros:

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: normal.

Vestido incompleto: no.

Sucio: no.

Inadecuado: no.

Otros:

#### 8 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: diario

Momento preferido para el baño: en las mañanas

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

Aseo de manos antes y después de comer: si. Después de eliminar: si.

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

Otros: refiere cambio de ropa interior diario.

Objetivo:

Aspecto general: limpio y alineado.

Olor corporal: limpio.

Halitosis: no.

Estado del cuero cabelludo: limpio. Lesiones dérmicas tipo: ninguna.

Otros:

## 9 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: tres, (esposo e hijo)

Como reacciona ante situación de urgencia: estrés, temor, agresión por parte del esposo.

Conoce las medidas de prevención de accidentes: si.

Hogar: si.

Trabajo: no.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: no.

Familiares: no.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: no lo platica, sólo cuando es grave la situación.

Otros:

Objetivo:

Deformidades congénitas: no.

Condiciones del ambiente en su hogar: problemáticas, ya que el esposo es muy agresivo pierde el control fácilmente y la golpea.(golpes en cara y cuerpo)

Trabajo: ninguno.

Otros:

## 10 NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: unión libre. Años de relación: 8 meses. Viven con: solos.

Preocupaciones/estrés: por la enfermedad y los problemas con su pareja.

Familia: No hay buena comunicación para la apoyan ante cualquier problema.

Otras personas que pueden ayudar: abuelos y tías:

Rol en estructura familiar: hija mayor.

Comunica problemas debido a la enfermedad/estado: si, pero ya que ha sido agredida física y emocionalmente. Cuanto tiempo pasa sola: por las noches, ya que el esposo trabaja.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: esporádica.

Estado de ánimo actual: preocupada, temerosa, triste, se siente incomprendida y con baja autoestima.

Otros:

Objetivo:

Habla claro: si.

Confusa: no.

Dificultad. Visión: ninguna.

Audición: ninguna.

Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas: dificultad para comunicarse con su familia, tiene más confianza con amigos, pero ante problemas graves recurre a su familia.

Otros:

11 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Religión católica/protestante/judía/otra: católica.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: si, se siente culpable por lo ocurrido y siente remordimiento.

Otros:

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): ninguno.

Permite el contacto físico: no.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: creo en dios y en la virgen tengo imágenes.

Otros:

12 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Situación laboral/ empleado/ incapacidad temporal/ incapacidad prolongada/desempleado: desempleada desde su problema de salud.

Tipo de trabajo: ninguno.

Riesgos en el trabajo: ninguno.

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 8 horas cuando tiene trabajo.

Esta satisfecho con su trabajo: si.

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: no, se cubren en su totalidad.

Sistema de apoyo/cónyuge/vecinos/amigos/ninguno: en ocasiones por su mama.

Está satisfecho con el rol familiar que juega: si.

Otros:

Objetivo:

Estado emocional/ calmado/ ansioso/ enfadado/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico: ansiosa, temerosa, preocupada.

Otros:

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

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: solo escucha música.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: un poco.

Recursos en su comunidad para la recreación: parques deportivos, cines.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: en ninguna.

Otros:

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: adecuada.

Rechazo a las actividades recreativas: no.

Estado de ánimo. Apático/ aburrido/ participativo: apática.

Otros:

### 14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: 1 año de preparatoria.

Problemas de aprendizaje: ninguno.

Limitaciones cognitivas: no Tipo: ninguna.

Preferencias. Leer/ escribir: leer.

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

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: si.

Interés en al aprendizaje para resolver problemas de salud: si, ya que desconoce métodos de planificación familiar.

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: normal.

Órganos de los sentidos: normales, sin alteración.

Estado emocional; ansiedad, dolor: ansiedad y escaso dolor.

Memoria reciente: adecuada.

Memoria remota: adecuada.

Otras manifestaciones: no.

Nota

Subjetivo: Que el individuo lo percibe como algo no modificable por las circunstancias externas y que no suele ser evaluado por normas objetivas.

Objetivo: Relativo a una fenómeno o hallazgo clínico observable.

### VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

<b>NECESIDADES</b>	<b>MANIFESTACIONES</b>
1. Respiración- Cardiovascular ( Dependiente)	Taquipnea Disminución de la presión arterial, hipovolemia.
2. Nutrición e hidratación (Parcialmente independiente)	Falta de apetito, déficit, de hábitos de alimentación e ingesta de líquidos.
3. Eliminación (Parcialmente dependiente)	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)	No hay comunicación familiar efectiva.
11. Creencias y valores (Independiente)	Culpa y remordimiento, ausencia de valores como la autoestima
12. Trabajar y realizarse (Independiente)	Deseo de desarrollarse y tener un medio de subsistencia. Le gusta caminar
13. Jugar y participar en actividades recreativas (Independiente)	Ninguna
14. Aprendizaje (Dependiente)	Falta de conocimiento, demanda orientación sobre su situación de salud(reproductiva)

### 6.3 PLANIFICACIÓN

#### Jerarquización de las necesidades alteradas

Necesidades encontradas	Necesidades jerarquizadas	NANDA - ED	Resultado esperado
Oxigenación-cardiovascular	Oxigenación-hipovolemia	Déficit de volumen 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 Cese del abuso Esperanza Autoestima
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	Conocimiento: funcionamiento sexual

## **6.4 EJECUCION DEL PLAN DE CUIDADOS NANDA-NOC-NIC**

**NECESIDAD:** Oxigenación- Cardiovascular

**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 espontáneo), m/p disminución de la tensión arterial, piel fría, palidez tegumentaria, debilidad muscular, mareo.

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

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

**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 y piloerección.

NOC RESULTADOS (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Termorregulación</b></p> <p>Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.</p> <p>Indicadores Comodidad térmica referida</p> <p>Escala de medición 1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido</p>	<p><b>Regulación de la temperatura:</b> Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se comprobó y registro la temperatura corporal.</li><li>• Se tomo y registro la presión sanguínea, el pulso y la respiración.</li><li>• Se observo y registro el color y temperatura de la piel.</li><li>• Se utilizaron cobertores para ajustar la temperatura corporal.</li><li>• Se registraron los signos y síntomas de la disminución de la temperatura corporal.</li></ul>	<p>En las próximas 12 hrs. Se logro mantener una temperatura corporal adecuada.</p> <p>Escala de medición no comprometido 5</p>

**NECESIDAD:** 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 (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Apetito</b> Deseos de comer cuando está enfermo o recibiendo tratamiento.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>Deseo de comer Estímulos para comer</p> <p>Escalas de medición:</p> <p>1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido</p>	<p><b>Monitorización nutricional:</b> 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"><li>• Se peso y registro el peso de la paciente.</li><li>• Se le cuestiono sobre las tendencias de pérdida de peso.</li><li>• Se analizo la respuesta emocional de la paciente ante los alimentos.</li></ul>	<p>Se observo interés por parte de la paciente para mejorar su apetito y la alimentación, tratando de superar los problemas.</p> <p>Escala de medición sustancialmente comprometida 2</p>

<p><b>Estado nutricional</b> Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.</p> <p><i>Indicadores</i></p> <p>Ingestión alimentaria. Energía. Relación peso /talla.</p> <p>Escalas de medición: 1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal</p>	<p><b>Manejo de la nutrición:</b> Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pregunto las preferencia de alimentos</li> <li>• Se informo sobre la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</li> <li>• Se informo la importancia de realizar sus tres comidas al día.</li> <li>• Se proporcionó información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</li> </ul>	<p>La paciente contó con la ayuda de su familia para cubrir sus necesidades de alimentación. Escala de medición desviación leve del rango normal 4</p>
---	---	--

**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 (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Control de síntomas</b> Definición: Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.</p> <p><i>Indicadores:</i> Reconoce la frecuencia del síntoma Utiliza medidas de alivio.</p> <p>Escala de medición: 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p>	<p><b>Manejo del estreñimiento</b> Prevención y alivio del estreñimiento.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se comprobó presencia de movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.</li><li>• Se verifico la existencia de peristaltismo.</li><li>• Se identificaron los factores que pueden ser causa del estreñimiento.</li><li>• Se instruyo sobre la importancia del ejercicio.</li></ul>	<p>La paciente reconoce la importancia de las medidas preventivas para evitar el estreñimiento y manifiesta que las llevará a cabo. Se encontró en escala de medición frecuentemente demostrado 4</p>

<p><b>Hidratación</b> 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><b>Manejo de líquidos:</b> mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles anormales o no deseados.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</li><li>• Se fomento el aumento en la ingesta de líquidos.</li><li>• Se enseñó a la paciente la importancia de la dieta rica en fibra.</li></ul>	
--	--	--

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

**NECESIDAD:** Seguridad

**ED:** Síndrome postraumático: Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

**DX- DE ENFERMERÍA:** Síndrome Postraumático secundario a abuso físico y psicosocial m/p temor, culpa, vergüenza y lesiones físicas en cara y espalda.

NOC RESULTADOS (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Nivel de miedo</b> Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada, surgida de una fuente identificable.</p> <p><i>Indicadores:</i> Preocupación por sucesos vitales Temor verbalizado</p> <p>Escala de medición: 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno</p>	<p><b>Potenciación de la seguridad</b> Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se dispuso de un ambiente no amenazador.</li><li>• Se le proporciono acompañamiento terapéutico.</li><li>• Se escucho los miedos de la paciente.</li></ul>	<p>La paciente expreso y acepto verbalmente las agresiones físicas de las que ha sido víctima y refiere que ya no las permitirá.</p> <p>Refirió que al salir del hospital se regresará a su casa, ya que su mama la apoya para que no siguiera recibiendo agresiones físicas y emocionales.</p> <p>La paciente se encuentra en la escala de medición grave 1</p>

<p><b>Cese del abuso</b></p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>Evidencia de que la víctima ya no sufre por abuso. El abuso físico ha cesado.</p> <p>Escalas de medición: 1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancial 5 Extenso</p>	<p><b>Apoyo en la protección contra abusos</b> <b>Cónyuge</b> Identificación de las relaciones y acciones domesticas dependientes de alto riesgo para prevenir que se inflija posterior daño físico, sexual o emocional, o explotación del cónyuge.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se proporciono apoyo a la víctima en base a medidas para evitar el abuso.</li><li>• Se ayudo a la paciente y familiares desarrollar estrategias con el fin de superar las situaciones estresantes.</li><li>• Se le hablo de afirmaciones positivas sobre la valía.</li><li>• Se remitió al cónyuge abusivo a especialistas y servicios adecuados.</li></ul>	
---	---	--

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

**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 (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Afrontamiento de problemas</b></p> <p>Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p><i>Indicadores:</i> Verbaliza sensación de control. Refiere disminución de estrés.</p> <p>Escala de medición:</p> <p>1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p>	<p><b>Apoyo emocional</b> Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se comento la experiencia emocional de la paciente.</li><li>• Se toco a la paciente proporcionándole apoyo.</li><li>• Se ayudo a expresar sentimientos tal cómo ansiedad, ira y tristeza.</li><li>• Se proporciono ayuda en la toma de decisiones.</li><li>• Se le explico todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento, para disminuir la ansiedad.</li><li>• Se permaneció con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li><li>• Se trató de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante.</li></ul>	<p>Al término del procedimiento la paciente demostró disminución de la ansiedad.</p> <p>La paciente se encontró en escala de medición a veces demostrado 4</p>

<p><b>Sueño</b></p> <p>Definición: suspensión periódica natural de la conciencia durante el cuál se recupera el organismo.</p> <p>Indicadores Calidad del sueño</p> <p>Escala de medición</p> <p>1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido.</p>	<p><b>Mejorar el sueño:</b> facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se explico la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad y en la vida diaria.</li> <li>• Se recomendó la importancia de la toma de decisiones de sus problemas personales para minimizar sus preocupaciones.</li> <li>• Se recomendó un ambiente propicio para dormir (luz, ruido, temperatura etc.)</li> <li>• Se le recomendó una rutina de relajación como leer antes de dormir.</li> <li>• Se recomendó limitar el sueño durante el día, realizando alguna actividad que favorezca la vigilia.</li> </ul>	<p>Manifestó que la calidad del sueño mejoro, al disminuir la ansiedad y preocupación. Escala de medición levemente comprometido 5</p>
--	---	--

**NECESIDAD:** Realización personal

**ED:** Baja autoestima situacional: Desarrollo de una auto percepción negativa a una situación actual, (agresión física por el cónyuge y legrado uterino).

**DX- DE ENFERMERÍA:** Baja autoestima situacional r/c conducta inconsistente con los valores, m/p verbalizaciones auto negativas y evaluación de si misma como incapaz de afrontar la situación a los acontecimientos.

NOC RESULTADOS (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Autoestima</b> Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>Verbalizaciones de auto aceptación. Comunicación abierta. Aceptación de críticas constructivas. Sentimientos sobre su propia persona.</p> <p>Escalas de medición: 1 Nunca positivo 2 Raramente positivo 3 A veces positivo 4 Frecuentemente positivo 5 Siempre positivo</p>	<p><b>Potenciación de la autoestima:</b> Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se le ayudo a determinar la confianza en sus propios juicios</li><li>• Se le animo a identificar sus virtudes.</li><li>• Se mostró confianza en su capacidad para controlar la situación.</li><li>• Se le ayudo a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.</li><li>• Se le ayudo a aceptar la dependencia de otros.</li><li>• Se ayudo a evaluar su propia conducta.</li><li>• Se le ayudo a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, generó y edad en la autoestima.</li><li>• Se le dieron a conocer afirmaciones positivas sobre su persona</li></ul>	<p>La paciente reconoció la importancia que debe dar a su propia persona para mejorar su autoestima.</p> <p>Escala de medición a veces positivo 3.</p>

**NECESIDAD:** Aprendizaje

**ED:** Conocimientos deficientes: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico

**DX- DE ENFERMERÍA:** Conocimientos deficientes de funcionamiento sexual y planificación familiar r/c proceso patológico actual, m/p expresiones verbales y no verbales.

NOC RESULTADOS (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Conocimiento : funcionamiento sexual</b></p> <p>Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el desarrollo sexual y la práctica sexual responsable.</p> <p>Indicadores</p> <p>Descripción de anticoncepción eficaz</p> <p>Escalas de medición: 1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancial 5 Extenso</p>	<p><b>Planificación familiar: anticoncepción:</b> Ayuda para evitar el embarazo mediante información sobre la fisiología de la reproducción y los métodos de control de la concepción.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se determino la necesidad de la planificación familiar.</li><li>• Se evaluó la capacidad y la motivación de la paciente para utilizar la anticoncepción regular y correctamente.</li><li>• Se determino el conocimiento de la paciente sobre anticoncepción y planes de selección de un método anticonceptivo.</li><li>• Se explico las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos oportunos.</li><li>• Se informo a la paciente el uso de anticonceptivos químicos, hormonales, mecánicos.</li><li>• Se sugirió a la paciente acudir a los servicios de planificación familiar de su comunidad, a su egreso.</li></ul>	<p>Escala de medición 4 ya que se observa que la necesidad de conocimientos es sustancial, y que debe seguirse un seguimiento en cuanto a la planificación familiar para evitar que vuelva a pasar por lo mismo en un tiempo cortó.</p>

**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. <sup>1</sup>

NOC RESULTADOS (INDICADORES)	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES)	EVALUACION
<p><b>Funcionamiento de la familia</b></p> <p>Definición: Capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo.</p> <p>Indicadores Crear un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos. Confianza</p> <p>Escalas de medición: 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p>	<p><b>Estimulación de la integridad familiar:</b> Favorecer la cohesión y unidad familiar.</p> <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se escucho a la paciente y a los miembros de la familia.</li><li>• Se estableció una relación de confianza.</li><li>• Se animo a establecer armonía con los familiares.</li><li>• Se colaboro con la familia en la solución de problemas.</li><li>• Se ayudo a la familia a mantener relaciones positivas.</li><li>• Se explico la importancia de establecer una comunicación abierta entre los miembros de la familia.</li><li>• Se remitió a la familia a grupos de apoyo.</li><li>• Se remitió acudir a terapia familiar.<sup>2</sup></li></ul>	<p>Escala de medición a veces demostrado 3, la familia se comprometió a establecer una comunicación más abierta con la familia más cercana madre-hija y a expresar sus sentimientos.</p>

<sup>1</sup> NANDA I-Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Ed. Elsevier. España 2008.

<sup>2</sup> Johnson M.Bulechek Interrelaciones NANDA, NOC y NIC.Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. 2ª ed. Ed. Elsevier Mosby .España 2007

## 6.6 Plan de alta

Respiración- Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejoro la presión arterial, equilibrio hídrico.</li></ul>
Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejoro su hidratación y su alimentación.</li></ul>
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inició medidas que le ayudaran a evitar el estreñimiento.</li></ul>
Moverse y mantener una buena postura	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sin alteración.</li></ul>
Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución del dolor y preocupaciones, concilia el sueño</li></ul>
Usar prendas adecuadas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sin alteración.</li></ul>
Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se mantiene la temperatura corporal adecuada.</li></ul>
Higiene y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sin alteración.</li></ul>
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejoro su autoestima.</li></ul>
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Logro tener mayor comunicación con su familia.</li></ul>
Vivir de acuerdo a sus creencias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene confianza según su religión.</li></ul>
Trabajar y realizarse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Refiere que al recuperarse buscara un medio de trabajo.</li></ul>
Juego y actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le gusta caminar</li></ul>
Aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obtuvo mayor información en cuanto a planificación familiar (DIU) y de su patología.</li></ul>

## 6.7 Conclusiones

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería como un método sistematizado a través del cuál se brindaron cuidados humanistas centrados en el logro de los resultados esperados de forma eficiente, mediante la utilización del método enfermero de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades básicas.

Mediante este método sistemático de 5 fases realice la valoración de enfermería a través de la cuál logre reunir y analizar datos acerca de las necesidades alteradas que tenía mi paciente así mismo también se logro interacción con los familiares esto en base al seguimiento del caso.

Logre reunir datos muy relevantes que me llevaron al logro de la satisfacción de las necesidades básicas y con la situación actual de la salud de mi paciente. En base a la identificación de los problemas de salud de mi paciente clasifique los diagnósticos de salud de mi paciente en reales y/o potenciales de acuerdo al uso de la Taxonomía de la NANDA y en consecuencia si eran problemas de autonomía o de colaboración; en los de colaboración se logro cubrir los resultados deseados en conjunto con el equipo multidisciplinario.

En la elaboración de mi plan de cuidados logre definir las intervenciones con ayuda de NIC, y con ello establecí mis actividades o acciones específicas de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas.

En general la evaluación de los resultados esperados se cubrió en gran parte ya que hubo buena respuesta de la paciente y apoyo por parte de los familiares de la paciente

## 6.8 Sugerencias

Se sugiere a las próximas generaciones utilizar el Proceso Atención de Enfermería enfocado en el modelo de Virginia Henderson utilizando las taxonomías enfermeras NANDA, NIC, NOC, ya que el uso de estos tres lenguajes nos proporciona ayuda a los profesionales clínicos y a los estudiantes para elegir los resultados y las intervenciones de enfermería más adecuadas para cada paciente en base a los diagnósticos enfermeros y con esto una evaluación de los mismos.

El presente trabajo es una prueba piloto para conocer y aplicar estos tres lenguajes, el cual fue asesorado por la Lic Magdalena Mata Cortés Profesora de la ENEO, con amplios conocimientos de la NANDA y de las clasificaciones de resultados e intervenciones de enfermería a lo cuál se sugiere dar seguimiento. A si mismo lograr que todos los profesores den a conocer en la enseñanza las nuevas aplicaciones en el Proceso Atención de Enfermería para unificar criterios.

**A  
NEXOS**

## **CAPITULO VII**

### **GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA**

#### **7.1 Aborto**

Es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero.

Cuando el aborto es incompleto es preciso hacer una evacuación por legrado de los productos de la concepción que no se han expulsado completamente.

El legrado uterino es una técnica quirúrgica que consiste en raspar mediante una cuneta, que se introduce a través del cuello del útero dilatado, los restos del endometrio y productos de la concepción.

#### **Etiología e indicaciones**

Las principales causas del aborto son:

Fetales, como desarrollo defectuoso o implantación defectuosa del ovulo fertilizado.

Maternas como infección, nutrición deficiente, anomalías endocrinas, inmunológica o anatómicas como miomas, útero doble, incompetente.

El aborto se produce en cerca del 15% de los embarazos.

#### **Manifestaciones clínicas**

Hemorragia vaginal

Espasmos

Lumbalgia

Signos de embarazo sin aumento progresivo del tamaño del útero

#### **Tratamiento específico del aborto**

Amenaza de aborto

Reposo absoluto

Tranquilizar a la paciente y explicarle su problema

Administrar inhibidores de las prostaglandinas

Administrar progesterona sólo en casos de deficiencia de cuerpo lúteo

#### **Aborto inevitable y diferido**

Estimular con ocitoxina en caso necesario y efectuar el vaciamiento uterino.

Administrar tratamiento con antibiótico.

#### **Aborto en evolución inminente o incompleto**

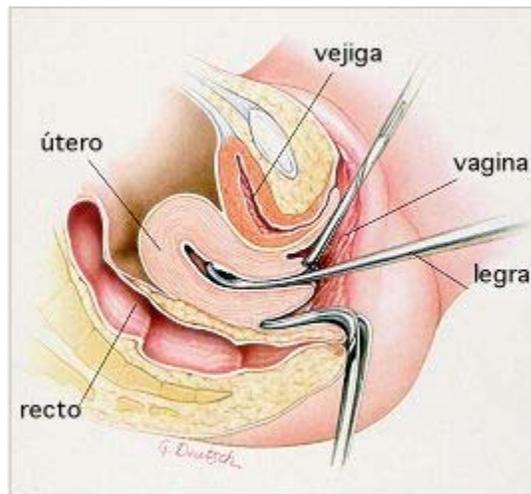
Acelerar la expulsión y practicar legrado uterino o histerectomía según sea el caso.

### Complicaciones del aborto

- Hemorragia
- Infección
- Choque hipovolémico
- Insuficiencia renal aguda
- Choque bacterémico
- Coagulopatía por consumo
- Muerte

### 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

### **7.2 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. Autopercepción: 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.

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

Ficha de identificación

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

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

Subjetivo:

Disnea/reposo/pequeños esfuerzos/medianos esfuerzos: \_\_\_\_\_

Ortopnea: \_\_\_\_\_ Polipnea: \_\_\_\_\_ Bradipnea: \_\_\_\_\_

Sin alteración: \_\_\_\_\_

Disnea debido a: \_\_\_\_\_

Tos productiva: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Consistencia: \_\_\_\_\_

Amplitud respiratoria/profunda/superficial: \_\_\_\_\_

Ruidos respiratorios/estertores/sibilancia/crépitos: \_\_\_\_\_

Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_

Permeabilidad de las vías aéreas: Adecuada \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_

Fumador: \_\_\_\_\_

Desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional: \_\_\_\_\_

Antecedentes cardiorrespiratorios: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Alteraciones en la anatomía del sistema respiratorio: \_\_\_\_\_

Registro de signos vitales y de características: \_\_\_\_\_

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Coloración de piel/lechos unguenales/peribucal: \_\_\_\_\_

Saturación de oxígeno en sangre: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_

Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_

Entorno: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## 2.- NECESIDADES DE ALIMENTACION Y BEBER

Subjetivo:

Conocimiento de los grupos de alimentos: \_\_\_\_\_

Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_

Prefiere comer los alimentos: \_\_\_\_\_

Ingestión de líquidos en 24hrs: \_\_\_\_\_ Lugar donde come: \_\_\_\_\_

Ayuda para comer: \_\_\_\_\_

Ayuda para preparar sus alimentos: \_\_\_\_\_

Apetito bueno/regular/deficiente : \_\_\_\_\_ Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancias alimentarias/alergias: \_\_\_\_\_

Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Prototipo de imagen corporal: \_\_\_\_\_

Fluctuaciones de peso últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Turgencia de la piel: Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_

Características de uñas/cabello: Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_

Aspectos de los dientes y encías: \_\_\_\_\_

Historia de problemas cutáneos/de cicatrización/eccema/sequedad/sudoración excesiva: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### 3 NECESIDAD DE ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales/Núm. de defecaciones al día/ fecha de última defecación/  
características: \_\_\_\_\_

Hábitos urinarios/ frecuencia/ disuria/ nicturia/ urgencia miccional/ hematuria/  
retención: \_\_\_\_\_

Ultima menstruación/características/frecuencia: \_\_\_\_\_

*Antecedentes gineco-obstetricos.*

Menarca: \_\_\_\_\_ Dismenorreica: \_\_\_\_\_ Incapacitante: \_\_\_\_\_

Ciclos: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Método de control prenatal: \_\_\_\_\_

Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_\_

Partos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Vigilancia prenatal: \_\_\_\_\_

Historia de hemorragias/enfermedades renales: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/menstruar/orinar: \_\_\_\_\_

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Abdomen características: \_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria:

Otros: \_\_\_\_\_

#### 4 NECESIDADES DE TERMORREGULACION

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura/bebidas/clima: \_\_\_\_\_

Ejercicio/tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que les es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

#### 5 Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema musculoesquelético: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular: \_\_\_\_\_

Tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_ Posturas: \_\_\_\_\_

Necesidad de ayuda para la deambulación: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

6 Necesidad de descanso y sueño

Hora de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_

Trastornos de sueño /despertar temprano/insomnio/pesadillas:

\_\_\_\_\_

Se siente descansado después de dormir: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad/estrés/lenguaje: \_\_\_\_\_

Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_

Apatía: \_\_\_\_\_ Cefaleas: \_\_\_\_\_

Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

7 Necesidades de usar prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

\_\_\_\_\_

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: \_\_\_\_\_

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: \_\_\_\_\_

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

8 Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del baño: \_\_\_\_\_ Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_

Después de eliminar: \_\_\_\_\_

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_ Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_ Lesiones dérmicas tipo:  
Otros: \_\_\_\_\_

9 Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Como reacciona ante situación de urgencia: \_\_\_\_\_

Conoce las medidas de prevención de accidentes: \_\_\_\_\_

Hogar: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:

\_\_\_\_\_

Familiares: \_\_\_\_\_

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_

Condiciones del ambiente en su hogar: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

10 Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Viven con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_

Familia: \_\_\_\_\_

Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_

Rol en estructura familiar: \_\_\_\_\_

Comunica problemas debido a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo actual: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_ Dificultad: \_\_\_\_\_ Visión: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores

*Subjetivo:*

Religión católica/protestante/judía/otra: \_\_\_\_\_

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

*Objetivo:*

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): \_\_\_\_\_

Permite el contacto físico: \_\_\_\_\_

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

12 Necesidad de trabajar y realizarse

*Subjetivo:*

Situación laboral/ empleado/ incapacidad temporal/ incapacidad prolongada/desempleado: \_\_\_\_\_

Riesgos en el trabajo: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_

Esta satisfecho con su trabajo: \_\_\_\_\_

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: \_\_\_\_\_

Sistema de apoyo/cónyuge/vecinos/amigos/ninguno: \_\_\_\_\_

Está satisfecho con el rol familiar que juega: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

*Objetivo:*

Estado emocional/ calmado/ ansioso/ enfadado/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

13 Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

*Subjetivo:*

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: \_\_\_\_\_

Recursos en su comunidad para la recreación: \_\_\_\_\_

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

*Objetivo:*

Integridad del sistema neuromuscular: \_\_\_\_\_

Rechazo a las actividades recreativas: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo. Apático/ aburrido/ participativo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

14 Necesidad de aprendizaje

*Subjetivo:* \_\_\_\_\_

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias. Leer/ escribir: \_\_\_\_\_

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

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: \_\_\_\_\_

Interés en al aprendizaje para resolver problemas de salud: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

*Objetivo:* \_\_\_\_\_

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional; ansiedad, dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## Glosario de términos

**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.

Características definitorias: claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.

**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).

**Clasificación de las intervenciones de enfermería:** orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

**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.

**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.

**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.

**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 de autonomía:** son aquellos que tienen que ver con la satisfacción de necesidades básicas, concretamente alimentación, eliminación, movilización, vestirse y desvestirse, y, que por las circunstancias actuales del individuo, no puede satisfacer por si mismo, siendo la enfermera responsable de suplir total o parcialmente al paciente para la satisfacción de dichas necesidades.

**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.

**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.

## Bibliografía

1. Almanza Martínez Pilar. Metodología de los Cuidados de Enfermería. Editorial M.D. México D.F 1999.
2. Betty Ackley-Ladwing. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la Planificación de Cuidados.
3. H. Yura- M.B Walsh. El Proceso de Enfermería, Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación. Editorial Alambra España 1982.
4. Hernández- Conesa Fundamentos de la Enfermería Teoría y Modelo 2ª edición. Editorial McGraw- Hill Interamericana. España 2003.
5. Joanne McCloskey- Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4a edición. Editorial Elsevier Mosby .España 2005.
6. Juall Carpenito Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 1ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid España 2002
7. Luis Ma.T.- Navarro Gómez-Fernández. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 3ª edición. Editorial Masson.
8. Luis Rodrigo- Fernández Ferrín. De la Teoría a la Práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª edición. Editorial Masson. España 2000.
9. Marion Johnson- Bulechek. Interrelaciones NANDA NOC Y NIC 2ª edición. Editorial Elsevier España 2007.
10. Marriner. T.A. Raile, A.M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª edición. Editorial Harcourt Brance 1999.
11. Mondragón, Obstetricia básica ilustrada, editorial trillas, México 1982.
12. Murria Mary Ellen. Proceso Atención de Enfermería. 5ª edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México D.F. 1996.
13. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier España 2007. NANDA Internacional.
14. Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación Actual. Ediciones Cuellar México 2006

15. Rosales Barrera- Gómez. Fundamentos de Enfermería 3ª edición. Editorial Manual Moderno. México 2004
16. Ruby L. Wesley, RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería Editorial Mc Graw Hill Interamericana 1997.
17. Sue Moorhead- M Jonson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª edición. Editorial Esvier Mosby. España