



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PACIENTE CON ABORTO INCOMPLETO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

ANA LUISA RICO GARCÍA

No. DE CUENTA.

406118264

ASESORA DEL TRABAJO

LIC. MARÍA MAGDALENA MATA CORTES

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.....	4
OBJETIVOS.....	6
1. MARCO TEORICO.....	7
1.1. Antecedentes de Enfermería.....	7
1.2. Definición de Enfermería.....	8
1.3. Proceso de Atención De Enfermería.....	10
1.3.1. Dfinición de las Etapas del Proceso.....	13
1.4. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	13
1.4.1. Valoración.....	13
1.4.2. Diagnostico de Enfermería.....	15
1.4.3. Planeación.....	16
1.4.3.1. Resultado Especifico del NOC.....	17
1.4.4. Ejecución.....	18
1.4.5. Evaluación.....	19
1.5. Generalidades de Modelo de Atención de Virginia Henderson.....	19
1.5.1. Postulados sobre los que se basa el Modelo de Virginia Henderson.....	20
1.5.2. Elementos más importantes de su teoría.....	21
1.5.3. Necesidades humanas según Virginia Henderson.....	21
1.5.4. Elementos del Meta paradigma.....	23
2. Metodología.....	28
3. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.....	29
3.1. Presentación del caso.....	29
3.2. Valoración por necesidades.....	31
3.3. Diagnósticos de Enfermería.....	43
3.4. Planeación.....	46
3.5. Ejecución.....	51
Conclusiones.....	79
Sugerencias.....	80
Bibliografía.....	81
Glosario.....	83
Anexos.....	84
Aborto incompleto.....	84
.Definición.....	84

Epidemiología.....	84
Signos y síntomas.....	85
Tratamiento.....	85
Estadísticas.....	85
Etiología del aborto.....	87
variedades clínicas del aborto.....	89
Ficha de identificación.....	90

INTRODUCCION

La labor de la enfermería está orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo que requiere actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, si no también hacia el individuo sano. El desempeño profesional de enfermería abarca todos los niveles relacionados con la salud sin importar condición, genero edad o práctica religiosa.

En la actualidad el proceso de atención de enfermería es un método útil basado en la práctica y en la teoría ya que es de vital importancia para la atención del individuo, permitiendo a las enfermeras no solo la satisfacción de las necesidades del individuo enfermo si no también orientado al individuo sano. Así como su familia y comunidad manteniendo un alto grado de bienestar físico, mental y social en todo su entorno. Se debe tener en cuenta las necesidades psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya se interno (individual) o bien externo (ambiental) priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

La enfermera desempeña una importante labor en los cuidados del paciente por lo cual este proceso se desarrollo para lograr satisfacer las necesidades de una mujer con embarazo de 10 semanas de edad gestacional. Con aborto incompleto llevado a cabo con el modelo de Virginia Henderson ya que conceptualiza a la persona como un ser único y complejo basándose en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas con el fin de adquirir su independencia y superar las causas que nos permitan satisfacer las mismas: falta de fuerza, voluntad y conocimiento.

En la metodología se describe la forma de cómo se llevo a cabo la elaboración de este trabajo.

En el marco teórico describe la evolución que ha sufrido la enfermería, se define el proceso atención de enfermería describiendo cada una de sus etapas que lo integran, exponiendo el modelo de atención de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del meta paradigma de enfermería según Virginia Henderson. En el proceso de atención de enfermería se presenta la ficha de identificación, presentación del caso y la valoración de las necesidades básicas donde se establecen los diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones en base a los editados por la NANDA, NOC Y NIC.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Aplicar el proceso atención de enfermería a una mujer con embarazo a de 10 S.D.G. con aborto incompleto basado en las necesidades de Virginia Henderson para otorgar un plan de cuidados y prevenir complicaciones.

Proporcionar atención personalizada a la paciente con calidad y calidez, con conocimientos científicos y de forma humanística.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar diagnósticos de enfermería reales y potenciales a través de la taxonomía de la NANA para así priorizar las intervenciones a realizar.

MARCO TEORICO

Antecedentes de Enfermería.

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a los recién nacidos, antes de la era cristiana(año 1500 d.c.) eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar, la enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado constantemente y continuara cambiando a medida que el conocimiento y los avances tecnológicos se incrementen, la enfermería empieza a ser reconocida como Ciencia Legítima a partir de la década de los 70s en la que se logro la integración de la investigación de Enfermería en todos los programas colegiados de formación.

A partir de mediados del siglo XIX la Enfermería dio un gran giro con la aparición de las teóricas , la reforma llegó de la mano de Florencia Nightingale (1820-1910) quien introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, luchó por la limpieza y la comodidad de los mismos, para contar con un entorno favorable y de esta manera influir en la recuperación de los clientes, así mismo se tuvo una formación educativa elevando esta al estatus de profesión y que el pueblo aplicara medidas sanitarias para la prevención de posibles enfermedades, disminuyendo la tasa de mortalidad. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerse mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras.

Se debe a Florencia Nightingale el cambio en la dirección de la Enfermería y por ende la concepción moderna, ella pensaba que esta disciplina debía responder a una vocación y no solamente la intuición y la dedicación. Florencia Nightingale dijo su recomendación a estudiantes de enfermería (1873): “La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable... El honor radica en

el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla...”¹

Se debe precisamente a los cuidados basados en el uso de procedimientos físicos en el área de medicina sanitaria, higiene y nutrición brindados por Florencia Nightingale la disminución de las tasas de mortalidad.

En la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la enfermería, las guerras mundiales, la auto organización de las enfermeras, la legislación general de la enfermera, los problemas de bienestar social, el apoyo de las disciplinas de salud por parte de fundaciones, las complejidades de la medicina.

En la segunda mitad del siglo XX, ha habido movimientos que han afectado los cuidados de salud y la enfermería como: El consumismo, le creciente concientización y exigencias del paciente de recibir cuidados de salud de calidad, cambiar los modelos de trabajo-ocio, la lucha de los derechos civiles, el progreso de la salud publica, la lucha por la igualdad de los derechos de la mujer.

La función que distingue a la enfermería es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir ya que son actividades que la persona puede llevar a cabo si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios².

Por tal motivo es función del enfermero el desempeñar su labor de tal manera que ayuden a la persona a recuperar su independencia lo más pronto posible.

1.2. Definición de Enfermería.

¹<http://www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html>.

² Fernández Ferrin Carmen. Novel Gloria, El Proceso Atención de Enfermería, Edit. Masson Salvat Barcelona, 1995. p. 4

Enfermería es el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral con el propósito de que esta utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, teniendo como campo de acción todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud ya sea intra o extra hospitalario.³

Por tanto la práctica de enfermería debe llevarse a cabo mas allá de una simple realización de técnicas y procedimientos, ya que requiere de brindar cuidados fundamentados e intelectuales, debiendo reflexionar y responder a las necesidades particulares de cada persona ya que es esta su objeto de estudio.

Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son: La persona, la salud, el cuidado y el entorno.

- La persona: Se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral e indisoluble, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismas y con el universo, las cuales están en relación mutua con el entorno, la persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las practicas en torno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades propias, así como sus capacidades y potencialidades, las cuales deben tomarse en cuenta como punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.
- La Salud: Es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, sus creencias, forma de actuar y las cuales son utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.

³ Phaneuf Margot. La necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Tr. Carlos Maria, López González y Julia López Ruíz. Edit. Mc Graw-Hill, Madrid 1993

- El Cuidado: Las propias acciones de enfermería individualizados, en colaboración con la persona, la familia, el grupo y la comunidad⁴, teniendo diferentes connotaciones , cuidar de sí mismo, cuidar de otros y con otros, los cuidados están orientados hacia la vida y vinculados hacia la necesidad de garantizar y mejorar la continuidad y calidad de vida.
- El Entorno: Mediante los procesos interactivos, el enfermero orienta los intercambios entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud, acompaña a la persona en el camino de la curación y ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión internas, sus reacciones frente a los agentes de estrés, exteriores e interiores y volverse más atenta respecto a su cuerpo, se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: Físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, la interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud- enfermedad.⁵

1.3 Proceso Atención de Enfermería:

El proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961), y Windenbach (1963), los cuales consideraron un modelo de 3 etapas: Valoración, planeación y ejecución, Yura y Wals (1967), establecieron 4 etapas: Valoración, planeación, realización y evaluación a mediados de los años 70, Blach (1974), Roy, Mundinger y Jauron (1975), Espinal (1976) establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan

⁴ Alfaro Lefeure Rosalinda Proceso Enfermero. Ed. 4ª. Edit. Springer-Verlog. Barcelona 1999. p. 267

⁵ Ibidem. p. 43.

entre si, teniendo carácter metodológico, consta de cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Características del Proceso Enfermero:

- **Es un método:**

Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, 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.

- **Sistemático:**

Por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

- **Humanista:**

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

- **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, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

- **Dinámico:**

Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

- **Flexible:**

Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

- **Interactivo:**

Por requerir de la interrelación Humano- Humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos comunes⁶.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería el cual permite a los enfermeros prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, realizando acciones, que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica ya que el Proceso Enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana⁷, dichas acciones para lograr objetivos son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o a lograr una muerte tranquila.
- Identificar necesidades reales o potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Pensar en la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil , la habilidad normal de una persona para cuidar de si misma (auto cuidado) puede verse disminuida por la enfermedad, su tratamiento o por la edad , estando también implicado el funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, cubrir las necesidades puede implicar el uso de conocimientos científicos complejos, aplicaciones tecnológicas y habilidad en las relaciones humanas , ninguna situación de enfermería es sencilla como parece y no siempre es fácil una toma de decisiones inteligente y una ejecución planificada, de tal forma que el Proceso Atención de Enfermería nos proporciona ventajas:

Ventajas para la enfermera:

- Produce satisfacción en el trabajo
- Promueve el crecimiento profesional

⁶ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero, Ed. 2ª. Edit. Cuellar Guadalajara Jalisco 2006. p. 29.

⁷ Ibidem, p. 31.

- Mejora su calidad de atención
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la práctica
- Puede servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación⁸.

Ventajas para el paciente:

- Mejora en la calidad de atención
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería
- Participación en su auto cuidado
- Continuidad en su atención

1.3.1. DEFINICIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO

1.-Valoración: Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas correspondiente a respuestas humanas y fisiopatologías con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

2.-Diagnostico: Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una "función intelectual compleja" al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como la de los recursos existentes (capacidades).

3.-Planeación: Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que consiste en "la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

⁸ Cárdenas Jiménez Margarita. El Proceso de Enfermería, p. 68

4.-Ejecución: Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

5.-Evaluación: Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

1.4 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

1.4.1 Valoración:

Es la primera fase del Proceso Atención de Enfermería, consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías, así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta⁹, son la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores, parte de la identificación del problema para crear una imagen clara del estado de salud de la persona, en esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.¹⁰

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo se debe seguir un enfoque holístico: es decir un

⁹ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero, Ed. 2ª. Edit. Cuellar Guadalajara Jalisco 2006. p. 32.

¹⁰ Fernández Ferrín Carmen, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Edit. Masson Salvat Barcelona 1995. p. 9

modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo medico para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo medico para la identificación de respuestas fisiopatologías.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Henderson.

Los patrones funcionales de la salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatólogicas ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para abordar el examen físico del usuario en áreas funcionales concretas: además de incluir aspectos valorativos de diversas teorías de enfermería.

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades incluyendo las siguientes actividades:

- Recolección de los datos: Reunir información sobre la persona
- Validación de los datos: Asegurarse de contar con hechos reales y confiables
- Organización de datos: Organizarlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad
- Anotación de los datos: completar la recolección de los datos e identificar los datos significativos para poder brindar cuidados y ayudar en el tratamiento.¹¹

1.4.2 Diagnostico de Enfermería:

Es la segunda fase del Proceso atención de Enfermería, en donde después de haber recopilado, examinado los datos y se han detectado problemas de salud o enfermedad llevando a cabo un razonamiento diagnostico llevándonos a realizar un juicio o conclusión acerca de los problemas identificados que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

Pasos de la etapa de diagnostico.

¹¹ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso enfermero. Ed. 2ª. Edit. Cuellar Guadalajara Jalisco 2006. P .35

1. Razonamiento diagnostico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

El razonamiento diagnostico: es la aplicación del pensamiento crítico a la solución del, problema. La enfermera durante razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en juicio crítico.

Para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes: se requiere realizar la valoración y el razonamiento diagnostico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnosticas de la NANDA y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican:

En reales, de riesgo y de salud.

El diagnostico enfermero real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.

El diagnostico enfermero de riesgo potencial;Describe respuestas humanas, que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables. No existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El riesgo real o de salud “es un diagnostico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Los problemas interdependientes se clasifican en:

Se clasifican en reales y de riesgo, cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo

1.4.3 Planeación:

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, la planificación es el momento en el cual se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas y se determinan los cuidados de enfermería en una forma organizada, individualizada y orientada al cumplimiento de los objetivos planteados, tomando en cuenta que una vez priorizados los problemas a tratar debemos definir los objetivos encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, van a servir para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y así mismo medir la eficacia de las actuaciones, implica las siguientes actividades:¹²

- Continuar con la recolección de los datos.
- Planteamiento de los objetivos.
- Establecer actividades de enfermería y dar prioridades en los cuidados.
- Documentación y registro del plan de cuidados.

Elaboración de los objetivos:

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de la planeación ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado. el valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación” al generar numerosas numerosas acciones en las enfermeras (os)

1.4.3.1 Resultados Específicos

¹² Rosales Barrera Susana. Eva Reyes González. Fundamentos de Enfermería. Ed. 5ª. Edit. Manual Moderno. México, D.F. p. 221.

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidado. El éxito del plan de cuidados depende si se alcanzaron los resultados esperados.
- Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados al conseguir y luego como se conseguirán.
- Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ello.

La clasificación de los resultados del NOC es una agrupación estandarizada de resultados en pacientes desarrollada para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería.

La clasificación de resultados contienen 330 resultados cada uno de ellos incluye un nombre de identificación (etiqueta). Una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación del resultado, una escala de medida de tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas, utilizadas en la descripción del resultado. Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición, cada resultado tiene un código único 4 dígitos los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado (del 01 al 99). Y las escalas van codificadas con letra¹³.

1.4.4 Ejecución:

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es el momento en que se pone en práctica el plan de acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados. La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan de cuidados, siendo sus intervenciones específicas y van dirigidas a ayudar al paciente al logro de objetivos y dirigidas a la resolución de problemas y necesidades de la persona así mismo debe involucrar a la persona, familia, así como a otros miembros del equipo en dichos cuidados, realizando las siguientes actividades:¹⁴

- Continuar con la recolección y valoración de los datos

¹³ Fernández Blanca. Lasquetty Blanco. Copyright 2006 8 julio 09.

¹⁴ (seminario-taller) El Proceso atención de Enfermería. ENEO, p. 91.

- Confirmación diagnóstica
- Realizar las actividades de enfermería planteadas
- Realizar anotaciones pertinentes de los cuidados de enfermería
- Mantener informado al paciente en forma verbal
- Mantener el plan de cuidados debidamente actualizado.

NIC (clasificaciones de las intervenciones de enfermería). La organización sistemática de las etiquetas de intervención de enfermería ha dado lugar a una taxonomía: NIC.

La clasificación influye las intervenciones tanto independientes como interdependientes (de colaboración).

La NIC incluye intervenciones de la esfera fisiológica y la psicosocial. Se han incluido intervenciones para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría son para utilización en individuos, pero muchas son para uso en familias, y otras, para ser empleadas en comunidades enteras.

Cada intervención está catalogada como una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia. La edición actual (3°) clasifica 486 intervenciones y más de 12000 actividades.

1.4.5 Evaluación:

Es un proceso que se requiere para realizar una comparación de las respuestas de la persona, para determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las 4 etapas anteriores, lo que posibilita realizar modificaciones necesarias.

Según Henderson nos ayuda a determinar los criterios que nos indiquen los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que nuestra meta es ayudar al individuo a

conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo mas rápido posible¹⁵

Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios de los cuales los más importantes son la eficacia y la efectividad de las actuaciones y consta de 2 partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados¹⁶.

1.5 – Generalidades del Modelo de Atención de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, graduándose en 1921 especializándose como enfermera docente, iniciándose como tal en 1922. Incorporando los principios fisiológicos y fisiopatológicos a su concepto de enfermería.

Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería le reportaron al menos 9 investiduras como Doctor- Honoris Causa. Recibió mención honorífica especial por contribuciones que realizó durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

Tras años de labor docente, asistencial y de investigadora, Virginia Henderson en 1956 define la función propia de la enfermera en el libro “The Nature of Nursing” en términos funcionales: “ La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila” que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y a realizarlo de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

¹⁵ Fernández Ferrin Carmen, Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería, p. 10

¹⁶ Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso enfermero. Ed. 2ª. Edit. Cuellar Guadalajara Jalisco 2006. p.73

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria vital hicieron de Henderson un modelo para las enfermeras, especialmente para las docentes e investigadoras.

1.5.1. Postulados sobre los que se basa el Modelo de Virginia Henderson.

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

Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

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

1.5.2. Elementos más importantes de su teoría:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte tranquila.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros y las esferas en que se desarrollan los cuidados.

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

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe mantener su integridad: Física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento¹⁷.

1.5.3. Necesidades Humanas según Virginia Henderson:

- 1.- Necesidad de respirar con normalidad.
- 2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.
- 3.- Necesidad de eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Necesidad de descansar y dormir.
- 6.- Necesidad de seleccionar una vestimenta adecuada.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal.
- 8.- Necesidad de mantener la higiene corporal.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros del entorno.
- 10.- Necesidad de comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Necesidad de ejercer culto a dios, acorde con su religión.
- 12.- Necesidad de trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Necesidad de participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Necesidad de estudiar, descubrir o satisfacer su curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de la salud.

¹⁷ Fernández Ferrin Carmen, Gloria Novel. El Proceso Atención de Enfermería, p. 4

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas, si tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad de un modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Pero cuando algo de esto falta en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, surgiendo los problemas de salud, las diferencias personales en la satisfacción de estas 14 necesidades básicas son determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como la estrecha relación entre las diferentes necesidades, al mismo tiempo cuando no es posible satisfacer las 14 necesidades aparece una dependencia que se debe según Virginia Henderson a 3 causas y se identifican como: “Falta de fuerza”, “Falta de conocimiento” o “Falta de voluntad”. La presencia de estas tres causas o una de ellas puede dar lugar a una: Dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. Esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.¹⁸

Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o cubrir estas necesidades y se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la persona.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la actuación enfermero y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

¹⁸ Ibidem, p. 5.

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

- Factores permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
- Factores variables: Estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, exposición al calor o al frío, que produzcan en el cuerpo temperaturas marcadamente anormales, estados febriles agudos, una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento.

1.5.4. Elementos del Metaparadigma:

Persona:

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

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

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

Salud:

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

- **Independencia:**

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

- **Dependencia:**

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

Causas de dificultad o problema:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona responder de forma autónoma y son los factores responsables del problema de salud¹⁹.

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

¹⁹ Ibidem, p. 7.

- Falta de Conocimiento: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos posibles.
- Falta de Voluntad: Esta entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas.

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

Entorno:

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

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

Enfermería:

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente ya que cada persona interpreta a su manera

estas necesidades²⁰. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Relación Enfermera – Equipo de Salud.

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

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

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

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

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

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

²⁰ Ibidem, p. 8.

METODOLOGIA.

El Proceso de Atención de Enfermería, se eligió como opción de titulación, para lo cual surgió la necesidad inicialmente de realizar una revisión bibliográfica del modelo teórico de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.

Posteriormente se solicitó asesoría de una docente de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia la cual aceptó fungir como asesora del trabajo, programando las asesorías pertinentes personificadas.

Se obtuvo información de diferentes referencias bibliográficas de apoyo para sustentar las bases teóricas de la elaboración de este proceso para así llegar a su desarrollo y aplicación y así mismo desarrollar un marco teórico debidamente fundamentado.

Posteriormente se realizó la elección de la persona con la cual se realizó el Proceso aplicando:

En la primera etapa del proceso se utilizó la guía de valoración de Virginia Henderson para identificación de las 14 necesidades. Se llevó a cabo el interrogatorio al paciente, la exploración física y se identificaron las necesidades afectadas del paciente, y se estructura la conclusión diagnóstica.

En la segunda etapa se realizaron los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía de la NANDA, se establecieron diagnósticos reales y potenciales.

En la tercera etapa se jerarquizaron las necesidades afectadas del paciente con base en la escala de Kallis y Maslow de las cinco prioridades: Primera prioridad todo aquello que amenaza al individuo o tiene alteraciones fisiológicas, segunda prioridad seguridad y protección, tercera prioridad amor y pertenencia, cuarta prioridad autoestima y quinta prioridad realización de las actividades de la vida diaria.

Se establecieron los resultados esperados con base en la Clasificación de Resultados Esperados NOC, identifique indicadores y escala de medición por cada uno de ellos.

El plan de cuidados que se desarrolla es individualizado

Se desarrollaron intervenciones interdependiente e independientes utilizando la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería NIC.

En la cuarta etapa se desarrolla el plan de cuidados

En la quinta etapa se evaluaron los logros de los resultados esperados y se evaluó la mejoría del paciente.

APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

PRESENTACION DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACION.

Se trata de la señora Celestina Vázquez de 32 años de edad con un peso de 72 kg. Talla 1.52 cm. Nació el 25 de Junio de 1977 es ama de casa, escolaridad quinto año de primaria. Su fecha de admisión fue el 8-07-09 a las 18:00 procedente de Zacatepec. Mor. La información es directa con fiabilidad de (3) depende de su esposo..

Y se presumen las siguientes necesidades.

NECESIDAD	MANIFESTACION
Oxigenación.	Hiperventilación, agitación con FR de 28 por minuto, FC. 80 por minuto, temperatura de 36.8 y T/A 110/70, nerviosa, palidez facial y diaforesis.
Nutrición e hidratación.	En ayuno en espera de un Legrado Uterino Instrumental, piel deshidratada, áspera y reseca con sobrepeso.
Eliminación.	Abdomen globoso, peristaltismo disminuido con dolor a la palpación, estreñimiento con heces duras y secas de color café oscuro, micciones con dolor y ardor e incontinencia urinaria; sangrado transvaginal con coágulos con dolor.
Moverse y mantener una buena postura.	Movilidad disminuida se mantiene en reposo absoluto en espera de su LUI.
Higiene y protección de la piel.	Pelo y piel sucia con halitosis presente, uñas cortas sucias, pies sucios y agrietados.
Necesidad de evitar peligros.	Facies de dolor, miedo, ansiedad y angustia. Desconoce el procedimiento de un LUI; preocupada por dejar a sus hijos en su casa y permanecer en el hospital unos días ya que su esposo trabaja y no tiene quien se los cuide. Se ve triste por su perdida.
Necesidad de aprendizaje.	Estado emocional alterado desconoce su padecimiento.se orienta sobre el aborto y su procedimiento así como los métodos anticonceptivos para planificación de su familia y decide como método el DIU.

VALORACION POR NECESIDADES.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Celestina Vázquez Mendoza Edad: 32 años Peso: 75 kg. Talla: 1.52 cm.
Fecha de nacimiento: 23 de agosto de 1977 Sexo: femenino Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: quinto de primaria Fecha de admisión : 8-07-09 Hora: 18:00
Procedencia: Zacatepec. Mor. Fuente de información: directa. Fiabilidad: 3 Miembro
de la familia/persona significativa: esposo.

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

A) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: la hiperventilación y agitación debido al dolor Tos productiva/seca: Nunca cocino con leña Dolor asociado con la respiración: Debido al dolor en hipogastrio. Fumador: no Desde cuando fuma / cuantos cigarrillos al día / varía la cantidad según su estado emocional: No

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: pulso 80x', frecuencia respiratoria 26x', temperatura 36.6 /A 100/70 , Estado de consciencia: Consiente, nerviosa, orientada.
Coloración de piel/lechos inguinales / peri bucal: Palidez facial con buen llenado capilar de 3 segundo Circulación del retorno venoso: Sin ningún problema
Otros: campos pulmonares ventilados, con ruidos cardiacos rítmicos palidez facial buen llenado capilar de 3 segundos.

B) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): a base de carbohidratos bajo en aporte proteico y vitamínico es a base de tortilla, frijol, refresco, carne tres veces a la semana frutas y verduras una vez a la semana. Numero de comidas diarias: 3 Trastornos digestivos: peristaltismo disminuido padece seguido de estreñimiento Intolerancia alimentaria / alergias: no refiere ninguna Problemas de masticación y deglución: es adecuada Patrón de ejercicio : su vida es sedentaria no practica ejercicio.

Objetivo:

Turgencia de la piel: se encuentra seca y pálida .

Membranas mucosas hidratadas/ secas: regularmente hidratadas

Características de uñas y cabello: cabello delgado de color negro y quebradizo, uñas cortas y limpias. Funcionamiento neuromuscular y esquelético: no exististe

Ningunas malformaciones de ningún miembro pélvico, presenta buena movilidad.

Aspectos de los dientes y encías: dientes blancos sin apariencia de caries completa, encías rosadas. Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: no se encontró ninguna.

Otros: no satisface su apetito; come entre comidas, su alimentación es deficiente en aporte proteico y vitamínico, ingiere poco agua. tiene exceso de peso

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: estreñimiento desde hace dos años sin tratamiento.

Características de las heces, orina y menstruación: heces duras, y secas de color café; la orina es concentrada con ardor al orinar y sensación de no terminar su micción. Su menstruación es rítmica 28 x30 sin dolor en este momento refiere bastante sangrado trans vaginal con coágulos y dolor debido al aborto incompleto.

Historia de hemorragias/ enfermedades renales / otros : negados. Uso de laxantes: en ocasiones como el MILPAR y senocidos AB. Hemorroides: no dolor al defecar/menstruar / orinar: en orina: disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Como

influyen las emociones en sus patrones de eliminación: le preocupa pero no le ha dado mucha importancia.

Objetivo:

Abdomen/características: panícula adiposo, doloroso a la palpación media y profunda en hipogastrio sin hepatomegalia ni esplenomegalia.

Ruidos intestinales: presentes disminuidos.

Palpación de la vejiga urinaria: no se observa globo vesical, ligero dolor a la palpación.

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: es adaptable al clima refiere que suda mucho; pero lo tolera prefiere las épocas de lluvias o frío.

Ejercicio/ tipo y frecuencia: no practica ningún deporte su vida es sedentaria.

Temperatura ambiental que le es agradable: le agrada el frío.

Objetivo:

Características de la piel: pálida y seca .

Transpiración: suda por las tardes o cuando hace sus labores domesticas.

Condiciones del entorno físico: casa construida de tabique y cemento habitable con dos cuartos grandes y dos ventanas ,y un baño hace calor , cuentan con ventilador ambiental.

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: buena capacidad física no realiza ejercicio.

Actividades de tiempo libre: practica el tejido y la repostería.

Hábitos de descanso: realiza siestas por la tarde.

Hábitos de trabajo: le gusta mantener su casa limpia.

Objetivo:

Estado del sistema musculo esquelético/ buena movilidad es fuerte no se queja de ningún dolor muscular.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: su posición en este momento es antialgica debido al dolor tipo cólico en hipogastrio con irradiación hacia región lumbo sacra causado por el aborto incompleto

Postura: antialgica.

Ayuda para la de ambulación: apoyada e su esposo

Dolor con el movimiento: tipo cólico en hipogastrio con irradiación hacia región lumbo sacra abdominal en hipogastrio.

Presencia de temblores: ninguno Estado de consciencia : orientada y consciente.

Estado emocional: por el momento ansiosa, nerviosa.

b) Descanso y sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: 16:00 a 18:00 horas Horario de sueño: de 22:00 a 6: 00 am.

.Horario de descanso: 2: 00 Hrs. Horas de sueño: de 8 a 9 hrs. Siesta: por las tardes
padece insomnio? : Duerme perfectamente.

¿Se siente descansado al levantarse? : si perfectamente, continúa con sus labores.

Objetivo:

Estado mental: integro . situada en las tres esferas tiempo, lugar y espacio lenguaje:
lenguaje claro y coherente.

Ojeras : sin ninguna malformación con orificios auditivos permeable atención : si
bostezos : no concentración : adecuada . Apatía: ningunas. Cefaleas: muy
esporádicas casi . Respuestas a estímulos: duerme bien sin ninguna alteración.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

¿Incluye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? : Ninguno es libre de elegir la ropa deseada.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Si le gusta vestir a su gusto de acuerdo a su talla de tal manera que se sienta bien.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría : No. es de religión católica y no le impide su religión que ella vista a su gusto.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? : es autosuficiente, ella elige lo que necesita.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: consciente y segura de lo que le queda o no.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: es autosuficiente en su persona.

Vestido incompleto: es perfecto sucio: No aspecto limpio.

d) Necesidades de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: cada 24 horas.

Momento preferido para el baño: Por las noches.

Cuantas veces se lava los dientes al día: 2 veces por la mañana y en la noche.

Aseo de manos antes y después de comer: Si después de eliminar: si

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

Objetivo:

Aspectos generales: sucia y piel seca

Olor corporal: a colonia

Halitosis: Si

Estado del cuero cabelludo: Reseco

Lesiones dérmicas, que tipo: Los pies se notan con resequedad.

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de dependencia: esposo y sus dos hijos.

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Conoce algunas medidas de prevención el cual actúa de inmediato.

¿Conoce la medida de prevención de accidentes: si

En el hogar: Como almacenaje de productos tóxicos o de limpieza y medicamentos; así como conductores de gas.

En el trabajo: solo las del hogar.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: Si, los del centro de salud como Papanicolaou y exámenes de mamas.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Cuando hay problemas trata de hablar con su familia solicita apoyo y opiniones y eso impacta a que se sienta mejor y libere su estrés.

Objetivo:

Deformidades congénitas: ninguno

Condiciones del ambiente en el hogar: Es caluroso pero lo tolera.

Trabaja o no trabaja: si en el hogar

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

a) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: unión libre Años de relación: 16 años vive con: su pareja y dos hijos.

Preocupaciones / estrés: ninguno familiares: no otras personas que puedan ayudar: no rol en la estructura familiar: comunicación verbal directa, abierta y clara.

Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado: si tiene apoyo de sus padres y esposo.

¿Cuánto tiempo pasa sola? Nunca, siempre está acompañada de su esposo e hijos.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: muy frecuente en el hogar ya que nunca está sola.

Objetivo:

Habla claro: Si confusa: no dificultad en la visión: Ninguna audición: Ninguna.

Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas: Solo con sus padres de ella que están mas cercanos, esposo e hijos.

Otros: Padres de él y hermanos solo en vacaciones los visitan por encontrarse fuera del estado.

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencias religiosas: Católica.

¿Sus creencias religiosas le genera conflictos personales?: ninguno viste a su gusto.

Principales valores de su familia: confianza y solidaridad.

Principales valores personales: honestidad.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Si, su forma de pensar cubre las necesidades diarias básicas para poder vivir

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): vestimenta adecuada, su religión no le impide vestir como a ella le gusta.

¿Permite el contacto físico?: si se acerca mucho a su familia a su hijo y esposo.

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: si acepta a los demás y así misma, sus creencias son constantes están basadas en la educación y formación que sus padres le proporcionaron durante su vida.

c) Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

¿Trabajas actualmente?: Si tipo de trabajo: ama de casa

Riesgos: en la cocina cuanto tiempo le dedica al trabajo: 6hr.

¿Estás satisfecho con tu trabajo?: si ¿su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? Si cubre sus necesidades con lo que gana su esposo.

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega? Si está satisfecha

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso/enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/inquieto/ eufórico: Es calmado, sabe resolver sus problemas

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: el tejido y repostería.

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación: si en el centro cultural de su municipio.

¿a participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: si en juguetería.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: completa.

¿Rechaza las actividades recreativas? No

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

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Niveles de educación: 5° de primaria.

Problemas de aprendizaje: si en las enfermedades no conocidas.

Limitaciones cognitivas: no

Tipo: pone atención tiene capacidad de recepción y conocimiento

Preferencias de leer/ escribir: leer revistas cómicas y su biblia

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizajes su comunidad?: si en centros de salud y también hay programas de apoyo por parte de la ayudantía .ella se interesa por proteger a su familia de las enfermedades parasitarias e infecciosas promoviendo el aseo personal, lavado de manos antes y después de ir al baño y el manejo de los alimentos. Así como la protección necesaria para los cambios climáticos como es el frio y el calor.

Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo: si

Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud: si otros: donde partan cursos de actividades productivas.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: estable

Órganos de los sentidos: completo

Estado emocional / ansiedad/ dolor: dolor debido al aborto.

Memoria reciente: total

Memoria remota: total sin problema y sin impacto.

CONCLUSION DIAGNOSTICA		
NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1.-Oxigenación	I PD X D	<ul style="list-style-type: none">Deterioro del intercambio gaseoso relacionado por la hiperventilación manifestado por palidez.
2.-Nutricion/hidratación	I PD x ID I PD X D	<ul style="list-style-type: none">Desequilibrio nutricional por exceso relacionado a comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (malos hábitos alimenticios).Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con el bajo aporte de líquidos.
3.-Eliminación.	I PD X D I PD X D	<ul style="list-style-type: none">Deterioro de la eliminación relacionado por infección del tracto urinario manifestado por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.Incontinencia urinaria funcional relacionado a la debilidad de las estructuras pélvicas de

	I PD I	X	<p>soporte manifestado por perdida de orina antes de llegar al inodoro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento relacionado con la baja ingesta de líquidos y fibra manifestado por heces duras.
4. Moverse y mantener una buena postura.	I PD D I PD D	X X	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física relacionado por la intolerancia a la actividad manifestado por la limitación de la amplitud de movimiento. • Intolerancia a la actividad relacionada por el reposo en cama manifestada por cansancio.
5.-Descanso y sueño	I PD D	X	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial de favorecer el sueño y descanso eficaz
6.-Usar prendas de vestir adecuadas.	I PD D	X	<ul style="list-style-type: none"> • .Potencial de mejorar la autoconcepción positivo.
7.-Termorregularizacion.	I PD D	X	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial de mejorar la cognición, percepción positivo de conductas generadoras de salud.
8.-Higiene y protección de la piel.	I PD D	X	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit del auto cuidado personal relacionado por imposibilidad de movilizarse manifestado por cansancio.

9.-Evitar peligros.	I PD X D I PD x D I PD X I	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo relacionado a la anticipación de la pérdida de una persona significativa manifestado por tristeza. • Dolor agudo relacionado con el aborto incompleto manifestado por informe verbal de dolor. • Ansiedad relacionada con estado incierto del embarazo manifestado por nerviosismo.
10, Comunicarse.	I X	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial de mejorar el rol de relaciones positivo.
11.-Vivir según sus creencias y valores.	I X	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial de favorecer valores y creencias positivo.
12.-Trabajar y realizarse	I X	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial de superar la cognición y percepción positiva.
13.-Jugar y participar en actividades recreativas.	I PD X D	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social relacionado a la alteración del bienestar manifestado por falta de interés inadecuado de su persona.
14.-Aprendizaje.	I PD X D	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos deficientes relacionados por la mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema.

3.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDAD:

Oxigenación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Deterioro del intercambio gaseoso relacionado por la hiperventilación manifestado por palidez.

NECESIDAD:

Nutrición e hidratación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Desequilibrio nutricional por exceso relacionado a comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (malos hábitos alimenticios)
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con el bajo aporte de líquidos.

NECESIDAD:

Eliminación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Deterioro de la eliminación relacionado por infección del tracto urinario manifestado por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.
- Incontinencia urinaria funcional relacionado a la debilidad de las estructuras pélvicas de soporte manifestado por perdida de orina antes de llegar al inodoro.
- Estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos manifestado por heces duras.

NECESIDAD:

Termorregulación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Potencial de mejorar la cognición, percepción positivo de conductas generadoras de salud

NECESIDAD:

Moverse y mantener una buena postura.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Deterioro de la movilidad física relacionado por la intolerancia a la actividad manifestado por la limitación de la amplitud de movimiento.
- Intolerancia a la actividad relacionada por el reposo en cama manifestado por cansancio.

NECESIDAD:

Descanso y sueño.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Potencial de favorecer el sueño y descanso eficaz.

NECESIDAD:

Uso de prendas de vestir adecuadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Potencial de mejorar la autoconcepción positiva.

NECESIDAD:

Higiene y protección de la piel.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Déficit del auto cuidado personal relacionado por imposibilidad de moverse manifestado por cansancio.

NECESIDAD:

De evitar peligros.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

- Duelo relacionado a la anticipación de la pérdida de una persona significativa manifestado por tristeza.
- Dolor agudo relacionado con el aborto incompleto manifestado por información verbal de dolor.
- Ansiedad relacionada con la amenaza y el estado incierto del embarazo manifestado por nerviosismo.

NECESIDAD:

De comunicarse.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Potencial de mejorar el rol de relaciones positivas.

NECESIDAD:

De vivir según sus creencias y valores.

DIAGNOSTICO D ENFERMERIA

- Potencial de favorecer valores y creencias positivas.

NECESIDAD:

De trabajar y realizarse.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Potencial de superar la cognición y percepción positiva

NECESIDAD:

De jugar y participar en actividades recreativas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Aislamiento social relacionado a la alteración del bienestar manifestado por falta de interés inadecuado a su persona.

NECESIDAD:

De aprendizaje.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Conocimiento deficiente relacionado por la mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema.

3.4. PLANEACION: (Jerarquización de necesidades y resultados esperados)

PLAN DE ATENCIÓN

Necesidades	Necesidades jerarquizadas	Diagnósticos de Enfermería	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones
1 oxigenación	9. Evitar peligros.	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo relacionado a la anticipación de la pérdida de una persona significativa manifestado por tristeza. • Duelo relacionado con el aborto incompleto manifestado por informe verbal de dolor. • Ansiedad relacionada con el estado incierto del embarazo manifestado por nerviosismo y miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Superación de problemas. -Control del síntoma. -Control de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo a la familia. -Apoyo emocional. -Disminución de la ansiedad -Manejo ambiental -Disminución de la ansiedad. - Facilitar el duelo: muerte perinatal.
3 Eliminación	2.Nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio nutricional por exceso relacionado a comer en respuestas a claves internas distintas al hambre (malos hábitos de alimentación) 	.- Control del peso.	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento nutricional. -Fomento del ejercicio.

		<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionados con el bajo aporte de líquidos. 	.- Hidratación.	-Manejo del peso. -.Manejo de la nutrición. -Manejo de electrolitos. -.Manejo de líquidos.
4 Moverse y mantener una buena postura	3.Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la eliminación urinaria relacionado por infección del tracto urinario manifestado por disuria, polaquiuria, y tenesmo vesical. • Incontinencia urinaria refleja relacionado a la debilidad de las estructuras pélvicas de soporte manifestado por pérdida de orina antes de llegar al inodoro. 	.- Continencia urinaria. .- Eliminación urinaria.	.- Manejo de la eliminación urinaria .- Manejo e la medicación. .- manejo de los líquidos. .- Cuidados de la incontinencia urinaria. - Manejo de la eliminación urinaria.

		<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos y fibra manifestado por heces duras. 	.- Eliminación intestinal.	- Manejo de la nutrición. .- manejo de líquidos.
5 .Descanso y sueño	4.- Moverse y mantener una buena postura	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física relacionada por la intolerancia a la actividad manifestado por la limitación de la amplitud de movimiento. 	.- Conocimiento, actividad prescrita.	.- Cuidado del paciente encamado. .- Manejo ambiental.
6.Uso de prendas de vestir adecuadas	14. Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos deficientes relacionado por la mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema 	.- Conductas sanitarias.	.- Asesoramientos antes de la concepción. .- Educación sanitaria.

7. Termorregulación.	8. Higiene y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"> Déficit del auto cuidado personal relacionado por imposibilidad de moverse manifestado por cansancio. 	.- Cuidados personales: Actividades de la vida.	.- Enseñanza individual. .- Facilitar la auto responsabilidad.
8.Higiene y protección de la piel				
9.Evitar peligro				
10 .Comunicarse				
11.Vivir según creencias y valores				
12. Trabajar y realizarse.				
13. Jugar y participar en actividades recreativas.				
14 Aprendizaje				

3.5.-EJECUCION: (PLAN DE CUIDADOS)

NECESIDAD: Respirar adecuadamente (oxigenación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado por la hiperventilación manifestado por palidez, diaforesis, dolor.

DOMINIO: 3 . **CLASE:** 2 .

DEFINICIÓN: Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana celular.¹

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Estado respiratorio: Ventilación <p>Dominio: 2 Clase: E</p> <ul style="list-style-type: none">• Definición: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones². <ul style="list-style-type: none">• Indicador: Expansión Torácica Simétrica	<p>Campo: 1 Clase: A</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayuda a la ventilación <p>Definición: estimulación de un esquema respiratorio espontaneo optimo que aumente el intercambio de oxigeno y dióxido de carbono en los pulmones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se indica a la paciente la posición lateral izquierda para ayudar a una mejor ventilación• Se mantuvo una vía aérea permeable• Se controló periódicamente el estado respiratorio y de O₂• Le enseñé técnicas de respiración para tranquilizarla.•	<ul style="list-style-type: none">• La frecuencia y la amplitud respiratoria pueden controlarse hasta cierto grado en forma voluntaria por mecanismos conscientes. <ul style="list-style-type: none">• El dolor superficial intenso excita mecanismos fisiológicos de defensa que

¹ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 150

² Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 317.

<p>• Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>• Manejo del Dolor</p> <p>Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me asegure de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayude al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo • Determino la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento. • Proporcione información acerca del dolor tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. • Anime al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Utilice medidas del dolor antes de que el dolor sea severo <p>• Disminución de la Ansiedad</p> <p>Definición. Minimizar la aprensión, temor presagios relacionados con una fuente no identificada de peligros por adelantado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilicé un enfoque sereno de seguridad para brindarle confianza. • Establecí claramente las expectativas del comportamiento del paciente. • Explique todos los procedimientos 	<p>se asocian con el patrón de alarma produciendo aumento de la frecuencia respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un cambio abrupto del sujeto generalmente indica que un área está cargada emocionalmente o bien que el individuo tiene miedo a la exposición.
---	--	--

	<p>incluyendo las sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trate de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante • Proporcione información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico • Permanecí con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Escuche con atención todo lo ella me decía. • Cree un ambiente que facilite la confianza. • Identifique los cambios en el nivel de ansiedad.³ 	
<p>EVALUACION: La señor Celestina logra controlar su ritmo respiratorio logro entender la explicación de la causa de su dolor en hipogastrio debido a su aborto incompleto favoreciendo así la disminución de su ansiedad. Logrando satisfacer su necesidad ubicándola en una escala de 4. (Levemente comprometido).</p>		

³ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 820, 191, 566, 324.

NECESIDAD: Comer y beber adecuadamente (Nutrición e Hidratación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional por exceso relacionado a comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (malos hábitos alimenticios)

DOMINIO: 2 CLASE: 1

DEFINICIÓN: Riesgo de aporte de nutrientes que exceda las necesidades metabólicas.⁴

RESULTADO ESPERADO(NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none"> • Control de peso Dominio: IV Clase: Q Definición: Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo.⁵ • Indicador • Supervisor de peso corporal • Escala 1. Nunca manifestado 2. Raramente manifestado 3. En ocasiones manifestado 4. Con frecuencia manifestado 5. Constantemente manifestado 	<p>Campo: 1 Clase: D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento Nutricional <p>Definición: aseguramiento nutricional, utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determine la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente • Establecí metas realistas a corto y a largo plazo para el cambio del estado nutricional • Facilite la identificación de los conductas alimentarias que se desean cambiar • Determine el conocimiento por parte del paciente a los 4 grupos alimenticios básicos así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta. • Ayude al paciente a registrar lo que se come normalmente en un periodo de 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> • Fomento del Ejercicio <p>Definición: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas y minerales que provean lo necesario para la protección de energía.

⁴ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 187

⁵ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 464.

	<p>• Manejo de la Nutrición</p> <p>Definición: ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determine las preferencias de comida del paciente • Determine en colaboración con el dietista si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación • Fomente la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. • Fomente al aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso • Asegure de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento • Realice una selección de comidas • Ajuste la dieta al estilo de vida del paciente.⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud.
<p>EVALUACION: La señora Celestina menciona que ha comprendido la importancia de llevar una dieta equilibrada para un mejor control de su peso y a mejorado su alimentación. Se logra satisfacer su necesidad con una escala de 5.(constantemente manifestado).</p>		

⁶ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 832, 176, 432, 573, 574.

NECESIDAD: De comer y beber adecuadamente (Nutrición e Hidratación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de déficit de volumen de líquidos y relacionado con el bajo aporte de líquidos (higiene poca agua).

DOMINIO: 2 CLASE: 5

DEFINICIÓN: Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.⁷

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">• HIDRATACIÓN Dominio: 2 Clase: G <p>Definición: Ayuda adecuada en los comportamientos intracelulares y extracelulares del organismo.⁸</p> <ul style="list-style-type: none">• Indicador: Membranas mucosas húmedas	<p>Campo 2 Clase: G</p> <ul style="list-style-type: none">• Manejo de electrolitos <p>Definición: fomento del equilibrio y electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantuve registro adecuadamente de ingesta y eliminación• Realice consulta con el médico sobre la administración de medicamentos productores de electrolitos.• Enseñe al paciente y a la	<ul style="list-style-type: none">• Deben mantenerse concentraciones adecuadas de electrolitos tanto intra como extracelularmente para que el funcionamiento celular sea eficaz.

⁷ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 256

⁸ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 535.

<ul style="list-style-type: none"> • Escala 1. Extremadamente comprometida 2. Sustancialmente comprometida 3. Moderadamente comprometida 4. Levemente comprometida 5. No comprometida. 	<p>familia el tipo de causa y tratamiento del desequilibrio de electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos <p>Definición: mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle la ingesta de alimentos/líquidos • Monitorice el estado nutricional • Le ofrecí y explique los alimentos y frutas que contienen líquidos. • Ofrecí tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas con frecuencia).⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> • El agua es el principal componentes de todos los organismos vivos. Del 45 al 60 por ciento del cuerpo del adulto está constituido por agua.
<p>EVALUACION: La señora celestina comprendió la importancia de la ingesta de líquidos adecuados. Se logra satisfacer su necesidad y auto cuidado con una escala de 2.(sustancialmente comprometida)</p>		

⁹ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 806, 484, 553.

NECESIDAD: Eliminar los deshechos del organismo (Eliminación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado por infección del tracto urinario manifestado por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

DOMINIO: **CLASE:**

DEFINICIÓN: Disfunción en la eliminación urinaria¹⁰

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<p>• Continencia Urinaria</p> <p>Dominio: II Clase: F</p> <p>Definición: Control de la eliminación de orina de la vejiga¹¹</p> <p>• Indicador Ausencia de pérdida de orina entre micciones.</p> <p>• Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestado 2. Raramente manifestado 3. En ocasiones manifestado 4. Con frecuencia manifestada 5. Constantemente manifestada 	<p>Clase: B Campo: 1</p> <p>• Cuidados de la incontinencia urinaria.</p> <p>Definición: ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice una evaluación urinaria exhaustiva concentrándose en la incontinencia (producción urinaria esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores. • Proporcione intimidad para la eliminación • Controle periódicamente la ingesta y la eliminación • Vigile periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión • Ayude en el aseo a intervalos regulares • Remití al especialista en continencia urinaria. <p>• Manejo de la eliminación urinaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de infección de las vías urinarias la cual pueden resultar de la estasis y retención urinaria.(dolor durante la micción y después de esta, urgencia urinaria, micciones frecuentes).

¹⁰ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 103

¹¹ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 443.

	<p>Definición: mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria optima.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. • Observe si hay signos y síntomas de retención urinaria • Explique al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario • Obtuve muestra a mitad de la eliminación para el análisis de orina. • Remití al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario • Enseñe al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo y síntoma de infección • Enseñe a responder inmediatamente a la urgencia de orinar. <p>• Manejo de la medicación</p> <p>Definición: facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determine los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica/o el protocolo • Comprué la capacidad del paciente para auto medicarse. • Vigile la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. • Observe si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. • Enseñe al paciente y/o familia el método de la administración de os fármacos. • Explique al paciente y/o la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. <p>• Manejo de los líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La membrana mucosa que reviste el conducto urinario es continua desde la pelvis renal hasta el meato urinario, lo que permite que las infecciones asciendan por vía retrograda, a lo largo del conducto. • La presentación olor y sabor son factores que influyen en la aceptación o rechazo de los medicamentos y el frio bloquea los órganos gustativos.
--	---	---

	<p>Definición: mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice un registro preciso de ingesta y eliminación • Vigile el estado de hidratación • Controle resultados de laboratorio relevantes en caso de retención de líquidos. • Controle la ingesta de alimentos/líquidos. • Distribuí la ingesta de líquidos en 24 Horas.¹² 	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de agua que hay en el organismo depende del equilibrio entre el ingreso y el egreso diario de esta; es decir entre la ingesta y la excreta.
<p>EVALUACION: La señora celestina manifestó sentirse más tranquila al recibir su tratamiento y saber la causa de la misma y la importancia de la ingesta de líquidos a</p> <p>Se logra satisfacer su necesidad por medio del auto cuidado con una escala de 4.(con frecuencia manifestada)</p>		

¹² Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 806, 254, 522, 532, 533.

NECESIDAD: Eliminar los deshechos del organismo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Incontinencia urinaria refleja relacionado a la debilidad de las estructuras pélvicas de soporte manifestado por pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

DOMINIO: 3 CLASE: 1

DEFINICIÓN: Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.¹³

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">• Eliminación Urinaria <p>Dominio: 2 Clase: F</p> <p>Definición: Recogida y descarga de la orina.¹⁴</p> <ul style="list-style-type: none">• Indicador: aumenta o disminuye chorro de orina (fructuante) <ul style="list-style-type: none">• Escala <p>1. Extremadamente Comprometida</p>	<p>Campo: 1 Clase: B</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de la incontinencia Urinaria <p>Definición: ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal</p> <ul style="list-style-type: none">• Realice una evaluación urinaria exhaustiva concentrándose en la incontinencia, producción urinaria esquema de la eliminación urinaria función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores.• Proporcione intimidad para eliminación• Controle periódicamente la ingesta y la eliminación• Vigile periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la	<ul style="list-style-type: none">• Normalmente hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, el cual se mantiene por medio de una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada de agua entre los diferentes espacios para conservar así una cantidad adecuada en cada uno de ellos

¹³ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 135

¹⁴ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 449.

<p>2.Sustancialmente Comprometida 3.Moderadamente Comprometida 4.Levemente Comprometida 5.No Comprometida.</p>	<p>palpación y percusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayude en el aseo a intervalos regulares • Remití al especialista en continencia urinaria. <p>• Manejo de la eliminación Urinaria</p> <p>Definición: mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria optima.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controle periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. • Observe si hay signos y síntomas de retención urinaria. • Explique al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. • Enseñe al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo y síntoma de infección.¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos y síntomas de desequilibrio hídrico se relacionan con la deshidratación, con el edema y con la retención de agua.
<p>EVALUACION: La señora Celestina manifiesta sentirse más tranquila al explicarle el motivo de su problema aceptando ser programada para su resolución. Favoreciendo a su necesidad y auto cuidado con una escala de 2.(sustancialmente comprometida)</p>		

¹⁵ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 815, 254, 522.

NECESIDAD: Eliminación de los desechos del organismo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado por la baja ingesta de líquidos y fibra manifestado por heces duras.

DOMINIO: 2 CLASE: I

DEFINICIÓN: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras.¹⁶

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">• Eliminación intestinal <p>Dominio: II Clase: F</p> <p>Definición: Formación y evacuación de heces.¹⁷</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cantidad de las heces en relación con la dieta.	<p>Campo: 1 Clase: D</p> <ul style="list-style-type: none">• Manejo de la nutrición <p>Definición: ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <ul style="list-style-type: none">• Determine las preferencias de comidas del paciente• Determine en colaboración con el dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación• Fomente la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida• Asegure que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none">• los alimentos se necesitan casi continuamente pero se deben ingerir de manera que puedan ser absorbidos por el aparato intestinal.

¹⁶ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 106

¹⁷ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 443.

<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Extremadamente comprometida 2.Sustancialmente comprometida 3.Moderadamente comprometida 4.Levemente comprometida 5.No comprometida 	<p>•Manejo de líquidos</p> <p>Definición: mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivados de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Realice un registro preciso de ingesta y eliminación •Vigile el estado de hidratación •Controle resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos •Controle la ingesta de alimentos/líquidos.¹⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • normalmente hay ingresos de agua cuando se ingieren líquidos o alimentos (muchos de los cuales contienen grandes cantidades de agua) por otro lado el organismo se sintetizan pequeñas cantidades de agua a partir de la oxidación del hidrogeno que hay en los alimentos o en los tejidos corporales
<p>EVALUACION: La señora Celestina podrá realizar sus evacuaciones sin ninguna molestia, comprendió la importancia de la ingesta suficiente de líquidos así como el aporte de fibra. Satisfaciendo su situación de auto cuidado con una escala de 1.(extremadamente comprometida)</p>		

¹⁸ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed . 3ª . Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 807, 534 , 533.

NECESIDAD: Deterioro de movilidad física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física relacionado por la intolerancia a la actividad manifestado por la limitación de la amplitud de movimientos.

DOMINIO: 4 CLASE: 2

DEFINICIÓN: Limitación del movimiento independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.¹⁹

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<p>• Conocimiento actividad prescrita</p> <p>Dominio: 1 Clase: C</p> <p>Definición: magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescritos.²⁰</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la actividad prescrita <p>Escala</p> <p>1. Ninguno 2. Escaso</p>	<p>Campo: 1 Clase: A</p> <p>• Cuidados del paciente encamado</p> <p>Definición: fomento de la comodidad, la seguridad y la, prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloque al paciente con una alineación corporal adecuada • Evite utilizar ropa de cama con texturas ásperas • Mantuve la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas • Coloque el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano • Coloque la luz de llamada al alcance de la mano <p>• Manejo del ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La postura correcta puede definirse como a relación anatómica, optima que guardan entre si las partes del cuerpo cuando este se encuentra en diferentes posiciones. • La aprobación por parte de los demás en el ambiente

¹⁹ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 773

²⁰ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 462.

<p>3.Moderado 4.Sustancial 5.Extenso</p>	<p>Definición: manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cree un ambiente seguro para el paciente acompañar al paciente en las actividades realizadas en su cama. • Proporcione una habitación individual • Proporcione una cama limpia • Disminuí los estímulos ambientales • Permití que la familia/ser querido se queden con el paciente.²¹ 	<p>sociocultural de cada uno es necesaria para la homeostasis psicológica en la persona promedio</p>
<p>EVALUACION: La señora Celestina comprende el motivo de su reposo en cama debido al aborto incompleto así como la espera de su tratamiento (LUI). Logra sentirse más tranquila y relajada logrando descansar. Cubriendo su auto cuidado con una escala de 4.(sustancial)</p>		

²¹ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 829, 290, 465.

NECESIDAD: Mantener la higiene corporal

.DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit del auto cuidado personal relacionado por la imposibilidad de moverse manifestado por cansancio.

DOMINIO: 4 CLASE: 5

DEFINICIÓN: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades baño e higiene.²²

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">•Cuidados personales: actividades de la vida. <p>Dominio: 1 Clase: D</p> <p>Definición: Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda.²³</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso del inodoro.	<p>Campo: 1 Clase: F</p> <ul style="list-style-type: none">•Enseñanza individual <p>Definición: planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del, paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">•Valore el nivel educativo del paciente•Valore las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas•Potencie la disponibilidad del paciente para aprender•Di tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes <ul style="list-style-type: none">•Facilitar la autorresponsabilidad	<ul style="list-style-type: none">• Para que sea eficaz el aprendizaje en el que se involucra el ego, la práctica debe incluir comportamientos que están motivados por metas, motivos, intereses y auto conceptos.• Para vivir cómodamente, dentro de los límites

²² NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 33

²³ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 425

<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependiente no participa 2. Requiere ayuda personal y de dispositivos 3. Requiere ayuda personal 4. Independiente con ayuda de dispositivos 5. Completamente independiente. 	<p>Definición: animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere responsable al paciente de sus propias conductas • Discutí con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. • Determine si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de la salud • Observe el nivel de responsabilidad que asume el paciente • Aumente la independencia para ayudar al paciente cuando no pueda realizar acción dada.²⁴ 	<p>socioculturales del comportamiento el individuo debe tener una oportunidad para aprender los papeles. Reglas y códigos de conductas aceptados.</p>
<p>EVALUACION: La señora Celestina acepta el apoyo del personal de salud y familiares para cubrir su necesidad de higiene personal; comprende la importancia de no poder levantarse debido al reposo en cama. La paciente logro satisfacer su situación de auto cuidado con una escala de 3.(requiere ayuda personal)</p>		

²⁴ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 786, 348, 398.

NECESIDAD: Evitar peligros en el entorno

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Duelo anticipado relacionado a la anticipación de la pérdida de una persona significativa manifestado por tristeza.

DOMINIO: 9 CLASE: 2

DEFINICIÓN: Complejo proceso normal que incluye 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.²⁵

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">• Superación del problema <p>Dominio: 3 Clase: N</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.²⁶</p> <p>Indicador: verbalica aceptación de la situación</p>	<p>Campo: 3 Clase: R</p> <ul style="list-style-type: none">• Apoyo a la familia <p>Definición: estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.</p> <ul style="list-style-type: none">• Valore la relación emocional de la familia• Determine la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico• Escuche las inquietudes sentimientos y preguntas de la familia• Identifique la naturaleza del apoyo espiritual para la familia• Proporcione recursos espirituales a la familia según lo precisen.	<ul style="list-style-type: none">• Mientras más confianza y prestigio inspira una persona más probable será que los demás acepten su comunicación como valida sin alteración.

²⁵ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 98

²⁶ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 403

<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestada 2. Raramente manifestada 3. En ocasiones manifestada 4. Manifestada con frecuencia 5. Constantemente manifestada 	<p>• Apoyo emocional</p> <p>Definición: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayude al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad o tristeza • Anime al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza • Favorecí la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional • Permanecí con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.²⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • La tristeza es una experiencia emocional desagradable que generalmente se evita y acompaña a la pérdida de algo valioso
<p>EVALUACION: La señora Celestina acepta que tiene que pasar por este duelo pero acompañada de sus familiares cooperando para lograr superar esta pérdida. Cubriendo esta necesidad con una escala de 3.(en ocasiones manifestada)</p>		

²⁷ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 805, 150, 155.

NECESIDAD: Necesidad de evitar peligros en el entorno

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con el aborto incompleto manifestado por la información verbal de la paciente.

DOMINIO: 12 CLASE: 1

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.²⁸

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">• Control de síntoma <p>Dominio: III Clase: O</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar el dolor²⁹</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control del dolor	<p>Campo: 3 Clase: R</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución de la ansiedad <p>Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilice un enfoque sereno que de seguridad• Establecí claramente expectativas del comportamiento del paciente• Trate de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante• Proporcione información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico	<ul style="list-style-type: none">• Anqué el umbral del dolor no tiene variaciones importantes entre los individuos, las reacciones personales hacia el dolor si varían de manera importante en cada persona.

²⁸ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 96

²⁹ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 441

<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestada 2. Raramente manifestada 3. En ocasiones manifestada 4. Con frecuencia manifestada 5. Manifestado constantemente 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecí con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Escuche con atención • Manejo ambiental <p>Definición: manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cree un ambiente seguro para el paciente • Acompañe al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala • Proporcione una habitación individual • Proporcione una cama limpia y cómoda • Permití que la familia/ser querido se queden con el paciente.³⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia física de aquellas personas que son importantes afectuosamente reafirman al individuo que está siendo atendida.
<p>EVALUACION: La señora Celestina logra calmar su dolor con el apoyo del personal médico y de enfermería. Satisfaciendo su necesidad con una escala de 5.(manifestado constantemente)</p>		

³⁰ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 804, 324, 465.

NECESIDAD: Evitar peligros en el entorno

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad relacionada con el estado incierto del embarazo (aborto incompleto) manifestado por dolor abdominal y nerviosismo.

DOMINIO: 9 CLASE: 2

DEFINICIÓN: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo) sentimiento de aprensión causado para la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.³¹

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none">• Control de la ansiedad <p>Dominio: 1 Clase: N</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.³²</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none">• Busca información para reducir la ansiedad	<p>Campo: 3 Clase: R</p> <ul style="list-style-type: none">• Disminuir la ansiedad <p>Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligros por adelantado</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilice un enfoque sereno que de seguridad• Establece claramente las expectativas del comportamiento del paciente• Trate de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante• Permanecí con el paciente para promover y reducir el miedo	<ul style="list-style-type: none">• Cualquier trastorno del equilibrio psicológico produce una reacción primaria de ansiedad, miedo, aprensión o tensión.

³¹ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 22

³² Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 423

<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestado 2. Raramente manifestado 3. En ocasiones manifestado 4. Manifestado con frecuencia 5. Constantemente manifestado 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar cambios en el nivel de la ansiedad • Facilitar el duelo: muerte perinatal <p>Definición: ayuda en la resolución de una pérdida perinatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifique la pérdida • Ayude al paciente a identificar la naturaleza de la unión al objeto o persona perdidos • Ayude al paciente a identificar a la pérdida • Fomente la identificación de los miedos más profundos respecto a la pérdida.³³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando las defensas se encuentran amenazadas, generalmente el individuo presenta hiperreacciones y exageraciones de la emoción en vez de intentos flexibles para utilizar la solución racional de los problemas
<p>EVALUACION: La señora Celestina se tranquiliza con los cuidados que se le proporcionaron y el apoyo brindado. Satisfaciendo su necesidad de apoyo con una escala de 5.(constantemente manifestado)</p>		

³³ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año 2000. p. 784, 324, 396.

NECESIDAD: De estudiar, descubrir o satisfacer su curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de salud.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Conocimiento deficientes relacionado por la mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema.

DOMINIO: 5 CLASE: 4

DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.³⁴

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION
<p>• Conductas sanitarias.</p> <p>Dominio: IV Clase: S</p> <p>Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud³⁵</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de las medidas para prevenir la transmisión de enfermedades. <p>Escala</p> <p>1. Ninguno</p>	<p>Campo: 3 Clase: S</p> <p>• Asesoramiento antes de la concepción</p> <p>Definición: analizar y proporcionar información y apoyo a las personas de edad fértil antes del embarazo para fomentar la salud y reducir riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcione información relacionada con los factores de riesgo • Remít a la consulta genética para los factores de riesgos genéticos • Realice las pruebas de diagnóstico prenatales necesarias para determinar los factores de riesgo genéticos médicos y obstétricos • Realice conductas para evitar el embarazo hasta que se haya administrado el tratamiento adecuado. • Apoye la toma de decisiones acerca de la convivencia del embarazo en función de los factores de riesgo identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los patrones del comportamiento se aprenden en el proceso del crecimiento y del desarrollo.

³⁴ NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Edit. Elsevier Madrid España año 2008. p. 63

³⁵ Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de los resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 2ª, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España año 2000. p. 432

<p>2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso</p>	<p>• Educación Sanitaria</p> <p>Definición: desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme los objetivos del programa de educación sanitaria • Evite el uso de técnicas que provoquen miedo como estrategia para motivar el cambio de salud o estilo de vida en la gente. • Desarrolle materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuada a la audiencia • Implice a los individuos, familia y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto a la salud.³⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con los conocimientos actuales varias experiencias emocionales parecen tener ciertos efectos sobre el crecimiento y el desarrollo.
<p>EVALUACION: La señora Celestina obtuvo conocimientos sobre el aborto incompleto sobre su aborto incompleto, comprendiendo todo el proceso que vivió durante el mismo, comprometiéndose a llevar a cabo todos los cuidados prescritos para evitar que le vuelva a suceder. Se logra satisfacer su necesidad y auto cuidado con una escala de 3.(moderado)</p>		

³⁶ Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Intervention Classification (NIC). Ed. 3ª. Edit. Harcourt Mosby año año 2000. P . 784 324, 396.

CONCLUSIONES.

El arte del cuidado de la enfermera profesional ha evolucionado de tal manera que las enfermeras (os) hemos ido asumiendo funciones en las que requiere del proceso de Atención de Enfermería como método de atención al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales comprometidos con la responsabilidad de ofrecer atención con calidad al paciente, familia y comunidad

La aplicación de este Proceso Atención de Enfermería me ayudo en forma personal a desarrollar habilidades para la valoración de necesidades e identificación de factores de riesgo, incrementando la capacidad de observación de las respuestas humanas de la persona y en la planificación y realización de las acciones pertinentes, dejándome una satisfacción ya que logre mejorar mis conocimientos respecto al Proceso Atención de Enfermería.

Este proceso fue al mismo tiempo de utilidad para la persona a quien se aplicó. Ya que se obtuvo la atención adecuada y oportuna a través de los conocimientos requeridos del aborto incompleto y sus cuidados consecutivos a seguir.

El presente trabajo se elaboro bajo el modelo de Virginia Henderson quien define al ser humano con 14 necesidades básicas las cuales se satisficieron y se logro la independencia de la persona mediante intervenciones desarrolladas para satisfacer dichas necesidades.

Al realizar este Proceso Atención de Enfermería se plantearon objetivos, los cuales se cumplieron en su mayoría, logrando resultados satisfactorios para la persona y familia ya que la persona mejoró su estado de salud.

Así mismo considero que la realización del Proceso Atención de Enfermería es importante ya que nos permite una atención personalizada, favorece la profundización en el conocimiento de la Enfermería y propicia un pensamiento crítico y reflexivo.

SUGERENCIAS

Considero que es de suma importancia continuar adquiriendo conocimientos de vanguardia sobre gineco obstetricia y del Proceso Atención de Enfermería para llevarlo a cabo en la vida laboral ya que cada día que pasa la enfermería, implica nuevos retos en beneficio del bienestar de nuestros pacientes.

Que durante el desarrollo de la Licenciatura se implemente una asignatura de Proceso Atención de Enfermería específico y no solo se mencione en Teorías y Modelos.

Que se implemente un instrumento administrativo a nivel nacional donde el enfermero refleje nuestro quehacer profesional.

Considero que si las gerentes de enfermería capacitaran al personal de las unidades hospitalarias sobre las actualizaciones del Proceso Enfermero aumentaría la calidad de atención a los usuarios.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro LeFeure Rosalinda. Proceso Enfermero. Ed. cuarta. Edit. Springer-Verlag
. Barcelona.1999 p.267.

Fernández Ferrin Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso Atención de E enfermería. Ed. Masón Salvat Barcelona, 1995 .

Héctor Mondragón Castro, Héctor Mondragon Alcocer. Gineco obstetricia de la Niñez a la Senectud. Edit. Trillas, México, Argentina, España, Venezuela p. 641

[Http://www.cientec.or.cr/equidad](http://www.cientec.or.cr/equidad).28 de julio 2009.

[Http://books.google.com.mx/articubus.php](http://books.google.com.mx/articubus.php). 20 de Julio del 2009.

[Http://scholerhugotripod.com/aborto.h](http://scholerhugotripod.com/aborto.h). 20 de Julio del 2009.

Http: //www.imbiomed.com.mx/articubus.php.18 de Julio del 2009.

Joanne C. Mc. Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Intervention Clasificación (NIC). Ed. Tercera, Edit. Harcourt Mosby. Año 2000

Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Clasificacion de los Resultados de Enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. Segundo, Edit. Harcourt Mosby. Madrid España. 2000

NANDA.1 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008.Edit.Elsevier. Madrid España año 2008 .

Nordmark/Rohweder Bases Científicas de la Enfermera. Ed. Segunda. Edit. El manual_moderno 1998 México .D.F.

Phaneuf Margot. las necesidades fundamentales de Virginia Henderson en Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Tr. Carlos Ma. López Gonzales Y Julia López Ruiz. Edit. Mc. Graw-Hill, Madrid 1993.

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Ed. Segunda, Edit. Cuellar Guadalajara Jal. Año 2006 p. 29.

Rosales Barrera Susana. Eva Reyes Gómez. Fundamentos de Enfermería .Edit. .Manual_Moderno. Ed. Quinta México D.F. P. 221.

GLOSARIO

ABORTO: Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas.

ANSIEDAD: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo; angustia que puede acompañar a muchas enfermedades.

DEFICIT: falta de escases de algo que se juzga necesario.

DEPENDIENTE: Persona que sirve a otra.

DETERIORO: Acción y efecto de deteriorar o deteriorarse.

DISURIA: Expulsión difícil, dolorosa e incompleta de la orina.

DUELO: Proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas , espirituales, sociales e intelectuales.

ENTORNO: Ambiente, lo que rodea.

ETIOLOGIA: Estudio sobre las causas de las cosas, enfermedades.

FISIOPATOLOGIA: Estudio de la relación entre las funciones del organismo y sus posibles alteraciones.

INCONTINENCIA: Falta de continencia, expulsión involuntaria de orina.

INDEPENDIENTE: Que no tiene dependencia, que no depende de otro.

METAPARADIGMA: Conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina.

METODO: Método de decir o hacer con orden.

METODOLOGIA: Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica.

POLAQUIURIA: Aumento del número de micciones.

POSTULADOS: Proporción que se toma con base para un razonamiento o demostración; cuya verdad se admite sin prueba.

RIESGO: Contingencia o proximidad de un daño.

ROL: Función que alguien o algo cumple.

TENESMO: Pujo (frecuente de orinar o defecar).

VALORACION: Acción y defecto de valor

ANEXOS

ABORTO INCOMPLETO

Definición

Sucedee cuando el embrión es expulsado, pero parte del producto de la concepción es retenido casi siempre es el tejido placentario.

El útero es de tamaño más pequeño que el esperado, el cuello está abierto y hay presencia de sangramiento el cual puede ir desde muy leve hasta muy intenso inclusive al punto de atentar con la vida del paciente.

Es el llamado aborto incompleto hemorrágico.¹

Epidemiología

Objetivo: Evaluar la posible disminución de abortos incompletos por efectos de un programa de procreación responsable.

Material y métodos: el diseño del resultado fue observacional descriptivo.

Fue estudiada la incidencia de aborto incompleto durante 20 años consecutivos a través del índice L/P (Número total de legrados por abortos incompletos / número de partos anuales) y en 2 periodos 1977 – 1986 (sin un programa PR) y 1987 – 1996 (con programa PR).

Resultados: Observamos una significativa disminución del índice L/P en el decenio 1987 – 1996 respecto al decenio 1977 – 1986 (11.08%, 7.55% $P < 0.001$) esta disminución mostró una tendencia exponencial, sin estacionalidad (test de Mann Whitney, $P. < 0.001$).

El número de beneficiarios del programa de PR tuvo un crecimiento lineal de 337 en el primer año hasta 8.954 al final del decenio.

El decenio donde actuó el programa de PR se observó que el índice L/P fue descendiendo de 10.0% hasta estabilizarse en un 7.5% a medida que se incrementaba el número de beneficiarias del programa.

El riesgo de aborto para la población expuesta atribuible a la no existencia del programa de PR fue de 34.6% y para la población general de 3.9%.²

¹ Hector Mondragon Castro. Hector Mondragon Alcocer. Gineco-Obstetricia de la Niñez a la Senectud. Edit. Trillas, México, Argentina, España, Venezuela. p. 641

Consideramos que el comportamiento del aborto provocado, estaría reflejado en la evolución del índice L/P analizado.

Signos y Síntomas

- Hemorragia vaginal (puede ser de color rojo brillante a rojo oscuro).
- Dolor abdominal (Generalmente a intervalos regulares, acompañados por presión pélvica o lumbar).
- Expulsión del tejido.
- Dilatación cervical.
- Dilatación cervical con tejido visible en el orificio cervical externo.³

Tratamiento

Los dos riesgos fundamentales de la relación de productos de la concepción son: el sangrado y la infección. Por lo que tanto en ese sentido debe dirigirse el tratamiento.

Una vez hecho el diagnóstico la paciente debe ser admitida al hospital para vaciar el útero mediante un legrado instrumental endouterino y si hay sospecha de infección comenzar con la terapia antimicrobiana adecuada.

Estadísticas

Se considera que entre el 10 y el 15 % de los embarazos confirmados terminan en aborto, y que el 25 % de las mujeres tendrán una pérdida precoz del embarazo durante su vida reproductiva.

La mayoría de los abortos ocurren entre la semana 7 y la 12 de la gestación. Se dice que si un embarazo se ve bien en el ultrasonido a las 10 semanas es poco probable que termine en aborto.

² <http://www.imbiomed.com.mx/articubus.php>

³ <http://books.google.com.mx/books>

Mientras mayor es el número de semanas de gestación, menor es el riesgo de aborto.

En Venezuela se considera que 2 de cada 10 embarazos terminan en aborto. (Uno espontaneo y uno provocado)

¿Cuántos abortos se suceden en el mundo cada año?

Según el Instituto de Alan Guttmacher aprox. 22 millones de abortos legales se reportaron en 1987.

Se estima que entre 4 y 9 millones no fueron reportados, para un posible total de 26 a 31 millones de abortos legales.

Si le agregamos a esa cifra 10 a 22 millones de abortos clandestinos tenemos un gran total en el mundo entero de 36 a 53 millones de abortos cada año⁴

⁴ <http://schulerhugo.tripod.com/aborto.html>

Etiología del aborto (causas)

1) malformación del huevo o cigoto.

La causa más común de abortos tempranos son las malformaciones del embrión.

Se estima en un 70 % ocurre una mutación inexplicable en el desarrollo fetal

Antes de la implantación, muere el embrión y se desencadena el aborto.

La mayoría de estos abortos no son recurrentes, por lo tanto el pronóstico para el futuro embarazo es bueno.

Si esto ocurre 3 o más veces, debe considerarse referir a la pareja

Para estudio genético.

Existe el caso de que el saco gestacional este vacío durante la exploración

Por el ultrasonido, es lo que se llama huevo anembrionado y obedece a una falta en el desarrollo de las células de la capa interna de la blástula⁵

.

2) factores inmunológicos

El embrión implantado debe considerarse como un cuerpo que tiene

Antígenos extraños, los cuales derivan del genoma paterno.

El mecanismo mediante el cual el embrión no es atacado por los antígenos

Maternos, aún no está claro, pero parece deberse a que existe un bloqueo de los anticuerpos maternos que bloquean la producción de anticuerpos específicos. También el trofoblasto produce esteroides anti rechazo.

Con esta base biológica, podemos entender, que si fallan estos mecanismos aparecerá irremediablemente el rechazo del embrión y el consecuente aborto.

⁵ <http://schulerhugo.tripot.com/aborto.html>
4/10/09

3) enfermedades maternas.

El embarazo generalmente continuará adelante aunque existan enfermedades maternas, pero si la enfermedad es suficientemente severa puede causar abortos en casi todos los casos.

Enfermedades maternas como:

Rubeola

Herpes genital

Sífilis

Malaria

Brucelosis

Toxoplasmosis

Citomegalovirus y

Listeriosis

Pueden todas ocasionar abortos.

El aborto ocurre en pocos casos de rubeola, pero el feto nace infectado.

La sífilis no es causa de abortos tempranos, poco frecuentes que produzca abortos tardíos y frecuentes las pérdidas del tercer trimestre.

Enfermedades como diabetes no controlada, hipertensión, enfermedad renal y la mal nutrición o desnutrición avanzada son también causas de aborto.

4) anomalías uterinas.

La presencia del útero doble aumenta el riesgo de aborto, aunque es más común el desarrollo de trabajo de parto prematuro..

El útero en retroversión no es causa de abortos.

Las adherencias (sinéquias) pueden causar abortos.

Las laceraciones o heridas del cuello uterino por partos o fórceps previos, específicamente si se encuentra lesionado el orificio interno del cuello, puede provocar abortos tardíos o partos prematuros.

5) insuficiencia hormonal.

Otra posible causa de aborto temprano puede ser la escasa producción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario antes de que la placenta este totalmente funcional

6) uso de cigarrillo y alcohol.

Muchos estudios sugieren que el consumo de cigarrillos y el alcohol pueden aumentar el riesgo de aborto.

Variedades clínicas del aborto

Amenaza de aborto

Aborto inevitable

Aborto incompleto

Aborto completo

Aborto séptico

Aborto retenido⁶

⁶ <http://schulerhugotripod.com/aborto.h>

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Fecha de admisión: _____ Hora: _____ Procedencia: _____
Fuente de información: _____ Fiabilidad: _____ Miembro de la familia/persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

A) oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: no Desde cuando fuma / cuantos cigarrillos al día / varia la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____ Estado de consciencia: _____ Coloración de piel/lechos inguinales / peri bucal: _____ Circulación del retorno venoso: _____
Otros: _____

B) nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Numero de comidas diarias _____ Trastornos digestivos:
_____ Intolerancia alimentaria / alergias: _____ Problemas de
masticación y deglución: _____ Patrón de
ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/ secas: _____

Características de uñas y

cabello _____ Funcio-

namiento neuromuscular y esquelético: _____ Aspectos de los dientes y

encías: _____ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

Otros:

c) eliminación

Subjetivo:

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

Historia de hemorragias/ enfermedades renales / otros: _____ Uso de
laxantes: _____ Hemorroides: ____ dolor al defecar/menstruar / orinar: en orina:

_____ Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

Ejercicio/ tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico:

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades de tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema musculo esquelético/ fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Postura: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de consciencia : _____ Estado

emocional: _____

b) descanso y sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____ .Horario de

descanso: _____ Horas de sueño: _____ Siesta:

¿Se siente descansado al levantarse? : _____

Objetivo:

Estado mental: _____ lenguaje: _____

Ojeras: _____ atención: _____ bostezos : _____ concentración : _____ . Apatía:

_____ Cefaleas: _____ Respuestas a estímulo:

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

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

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

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

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ sucio: _____

Aspecto limpio: _____ inadecuado: _____

d) necesidades de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____
Aseo de manos antes y después de comer: _____ después de eliminar: _____
¿tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo:

Aspectos generales: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, que tipo: _____

e) necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de dependencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce la medida de prevención de accidentes: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Como canaliza las situaciones de atención de su vida - _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en el hogar: _____

Trabaja o no trabaja: _____

3.- necesidades básicas de:

a) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ vive con: _____
Preocupaciones / estrés: _____ familiares: _____
otras personas que puedan ayudar: _____ rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado:

¿Cuánto tiempo pasa sola? _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo : muy frecuente en el hogar ya que nunca está sola.

Objetivo:

Habla claro: _____ confusa: ___ dificultad en la visión: _____
audición: _____ Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas: _____
Otros: _____

b) necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencias religiosas: _____

¿Sus creencias religiosas le genera conflictos personales?: _____

Principales valores de su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

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

c) Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

¿Trabajas actualmente?: _____ tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Estás satisfecho con tu trabajo?: _____ ¿su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

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

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación: _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

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

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Niveles de educación: _____.

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo: _____

Preferencias de leer/ escribir: _____

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

Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo: _____

Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud: __ otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional / ansiedad/ dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____