



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO DIRIGIDO A UNA PERSONA EMBARAZADA
DE 18 SDG CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDAD: DE EVITAR
PELIGROS

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

PRESENTA:

MARÍA DEL ROCIO ARRIAGA RAMIREZ

NO. CUENTA: 406117102

MTRA. ANGELINA RIVERA MONTIEL

ASESORA



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

A MI MAESTRA:

ANGELINA RIVERA MONTIEL, GRACIAS POR SU TIEMPO, ENSEÑANZA, APOYO, CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE ME BRINDO PARA LLEGAR A LA CULMINACION DE ESTA GRAN META QUE ME HE TRAZADO.

A LA ESCUELA

AGRADEZCO A LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA UNAM POR LA APERTURA DE LA LICENCIATURA Y OBSTETRICIA, EN BENEFICIO DE UNA MEJOR CALIDAD EN LA FORMACION DE ENFERMERAS LICENCIADAS.

DEDICATORIA

AL SEÑOR:

POR LOS ALICIENTES EN MIS MOMENTOS
DE DUDA Y POR GUIAR MI CAMINO DIA A DIA
POR HABERME DADO LA GRAN FAMILIA DE LA
QUE SOY PARTE, PUES CADA MIEMBRO DE MI
HOGAR ES DE EL MAS PEQUEÑO HASTA MI
PADRE SON UN REGALO DEL CUAL ME SIENTO
ORGULLOSA Y LA TERMINACION DE LO QUE
FUERA UNA LARGA ESPERA ES GRACIAS AL
APOYO QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO
TODOS ELLOS GRACIAS, MIL GRACIAS
POR SER COMO SON.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
I.- OBJETIVOS	2
1.1 Objetivo General	
1.2 Objetivos Específicos	
II.- MARCO DE REFERENCIA	3
2.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	3
2.1.1. Concepto	3
2.1.2 Antecedentes	3
2.1.3 Etapas	
2.1.4 VALORACIÓN	3
Concepto.	3
Objetivo.	4
Tipos de valoración.	4
Fuentes de información.	4
Métodos y técnicas de valoración.	6
Instrumento de registro	8
2.1.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	8
Concepto.	8
Objetivo.	8
Antecedentes NANDA	8

Clasificación de Diagnósticos	9
Etiquetas diagnosticas de la NANDA según las necesidades humanas	9
	14
Clasificación de diagnósticos	15
Componentes esenciales de los diagnósticos enfermeros son, en base al formato PES, son los siguientes.	
2.1.6 PLANEACIÓN	15
Concepto.	15
Objetivos.	15
Clasificación de las intervenciones.	15
Criterios de Resultados.	16
2.1.7 EJECUCIÓN.	16
Concepto	16
Objetivo.	16
	16
2.1.8 EVALUACIÓN	
Concepto.	
Objetivo.	
2.2 NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.	17
2.2.1 Antecedentes de formación.	
Los elementos más importantes de su teoría.	
Permanentes, variables, persona, entorno y salud	

2.2.2 Principales conceptos.	19
Independencia.	
Dependencia	
Tipos de Dependencia.	
Rol de enfermería.	
Las necesidades humanas básicas según Henderson.	
2.3 DUELO	21
Etapas del duelo	
Tipos de duelo	
2.4 ABORTO	22
Factores etiológicos.	
Formas clínicas.	
Tratamiento.	
2.5 CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN Y RESULTADOS DE ENFERMERÍA EN EL DUELO ANTICIPADO.	25
III.- METODOLOGÍA	31
3.1 Valoración	
3.2 Diagnostico de enfermería.	
3.3 Planeación	
3.4 Ejecución.	
3.5 Evaluación.	

IV.- INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	31
4.1 Valoración	31
Ficha de identificación	
Valoración de necesidades humanas.	
4.2 Diagnóstico de enfermería	33
Plan de cuidados	36
V.- CONCLUSIONES	56
VI.- BIBLIOGRAFÍA	57

INTRODUCCIÓN

El proceso atención enfermero, es una herramienta indispensable para la atención del paciente, a través de su elaboración se desarrollan habilidades y destrezas que conllevan a identificar problemas, reales, potenciales y de bienestar para los cuales se llevara a cabo intervenciones de enfermería en forma prioritaria, con la finalidad de disminuir y solucionar problemas de salud.

La enfermera tiene la obligación de elaborar un plan integral de atención para cada paciente en forma individualizada, de acuerdo al nivel de atención, se deberán fundamentar las acciones de esto dependerá la efectividad de las intervenciones de enfermería.

La siguiente presentación de proceso atención enfermero es aplicado en el hospital general de Tetecala Dr. Rodolfo Becerril de la paz. En la señora A. A. A. de 30 años de edad con embarazo de 18 SDG + hidrops fetal, con la finalidad, de aplicar los conocimientos teórico-prácticos, para los cuales aplicare los 5 pasos del proceso, valoración diagnostico, planeación, ejecución y evaluación, la planeación de estos pasos, se lleva a cabo, con el fin de brindar una atención de calidad y calidez, evitando al máximo, complicaciones orientando y educando para integrar al paciente al núcleo familiar y social.

I. OBJETIVOS

1.1. General.

A través de Proceso de Atención de Enfermería, ayudar a la embarazada a satisfacer su necesidad de alteración en la necesidad de evitar peligros.

1.2. Específicos.

1.2.1. A través de la valoración obtener datos que permitan identificar:

- a) La independencia o dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- b) Los problemas que afectan las necesidades.
- c)

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

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

1.2.4. Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería planeados.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1.1 Concepto

Es un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería.

2.1.2 Antecedentes

“Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

En 1955, Hall creó el término, y Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la Standards of Nursing Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (ANA 1973)”¹

2.1.3 Etapas

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación

2.1.4 Valoración

Concepto: Es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. La valoración es una parte de cada una de las actividades que realiza la enfermera por el paciente y con el paciente”.

¹ KOZIER Barbara, G. Erb. et'al. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. 5ª. ed. Ed. Trillas. año 2002. pág. 93.

Es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería.”²

Objetivo: Crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o enfermedad con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente.

Tipos de valoración: Valoración inicial: realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria con el propósito de establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones, ej. Valoración de enfermería al ingreso.

Valoración focalizada: proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros con el propósito de determinar el estado de un problema específico, identificado en la valoración anterior. Identificar un problema nuevo o que pasaron desapercibidos ej. Valoración horaria de la toma de líquidos y de la diuresis en una UCI.

Valoración de urgencia: durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente, con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida. Ej. Valoración rápida de las vías respiratorias de una persona.

Valoración después de un tiempo: varios meses después del estudio inicial con el propósito de comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente. Ej. Nueva valoración del estado funcional del cliente en su domicilio o fuera del hospital”.³

Fuentes de información: Existen dos tipos:

1. “*Primarias:* el cliente es la primera fuente de información.
2. *Secundarias:* los miembros de la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnóstico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas.”⁴

Métodos y técnicas de valoración

- **Observación:** es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado.

²Ibidem. pág. 96.

³ Ibidem. . Pág. 97

⁴ ibidem, pág. 103.

➤ **Datos obtenidos por medio de los cuatro sentidos:**

a) *Visión:* Aspecto general /dimensiones corporales, peso total, postura, grado de aseo personal); signos de malestar, de aflicción o tensión emocional; mímica facial y corporal; coloración y lesiones de la piel, alteración de los movimientos; elementos no verbales de la conducta (irritación o ansiedad).

b) *Olfación:* Olores corporales o del aliento.

c) *Audición:* Ruidos respiratorios y tonos cardiacos; facilidad para comunicarse; lenguaje hablado; capacidad para iniciar una conversación; para responder al hablar con otros; orientación en el tiempo, el espacio, y sobre sí mismo; ideas y opiniones acerca de uno mismo, de los demás y del estado de salud.

d) *Tacto:* Temperatura y humedad de la piel; fuerza muscular, frecuencia, ritmo y volumen del pulso; lesiones palpables (abultamientos, masas, nódulos).⁵

La observación tiene dos aspectos:

- a) Reconocer los estímulos.
- b) Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante. La mayoría de las enfermeras siguen un orden especial para observar los hechos, y lo hacen normalmente centrándose ante todo en el paciente.”⁶

➤ **Entrevistas:** Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ej. De dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. La entrevista es un proceso que la enfermera emplea en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Durante la fase de valoración, sin embargo, el propósito principal de la entrevista es la recogida de datos. Ej. De entrevista es la historia de enfermería.

Hay 2 sistemas de entrevistas:

1. *“Entrevista dirigida:* está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio, haciendo preguntas cerradas.

⁵ ibidem. pág. 98.

⁶ Ibídem. Pág. 97-98.

2. *Entrevista no dirigida*: o entrevista para “crear una relación de compenetración”, la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla. La relación de compenetración es el entendimiento entre dos o más personas. La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas.

Clases de preguntas en la entrevista:

Preguntas cerradas: usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente sólo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos.

Preguntas abiertas: propias de la entrevista no dirigida, son las que se dirigen o invitan al cliente a descubrir y a profundizar (elaborar, aclarar o ilustrar) en sus ideas y sentimientos. Dan al cliente la libertad de hablar de lo que desee. La pregunta abierta es amplia, alude solamente al tema a tratar, e invita a responder con más de una o dos palabras.

Pregunta neutra: es una pregunta que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta. Ej. Que piensa sobre esto?

Pregunta inductora: orienta la respuesta del cliente. El enunciado de la pregunta sugiere la respuesta que se va a dar. No le permite al cliente decidir si la respuesta es verídica o no.”⁷

- **Exploración:** Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación (esto es, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto). Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de la inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática. Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien la exploración de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas.

Métodos de exploración:

a) *Inspección*: es el examen visual, es decir, la valoración usando la vista. La enfermera inspecciona a simple vista y a través de un instrumento que da luz, ej. Un otoscopio (para visualizar el oído). Las enfermeras usan frecuentemente esta técnica para valorar el color, las erupciones cutáneas, las cicatrices, la forma del cuerpo, las expresiones faciales que pueden reflejar emociones, y las estructuras corporales (ej. El fondo de

⁷ Ibidem. pág. 98-99.

ojo). La inspección es un procedimiento activo, no pasivo. La enfermera debe conocer que busca y donde lo busca. La inspección debe ser sistemática, de manera que nada se pase por alto.

b) Palpación: es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto. Para esto, se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de terminales nerviosas son altamente sensibles a la discriminación táctil. La palpación se utiliza para determinar: a)- textura (ej. El pelo); b)- temperatura (ej. Un área de la piel); c)- vibración (ej. Articulación); d)- posición, tamaño, consistencia y movilidad de órganos o masas; e)- distensión (ej. De la vejiga urinaria); f)- presencia y frecuencia de pulsos periféricos; g)- sensibilidad al dolor.

Existen dos tipos de palpación: ligera y profunda. La *palpación ligera* (superficial) siempre debe preceder a la palpación profunda, la enfermera extiende los dedos de la mano dominante paralelamente a la superficie de la piel y presiona levemente mientras mueve la mano en forma circular. La *palpación profunda* se hace con ambas manos o con una sola. La presión se aplica mediante la mano de arriba, mientras que la de abajo se mantiene relajada para percibir las necesidades táctiles. Con la utilización de una sola mano y las yemas de los dedos de la mano dominante presionan el área a palpar.

c) Percusión: es un método de exploración en el cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles. Existen dos tipos de percusión: *la percusión directa*, la enfermera golpea directamente el área a percudir con la extremidad de dos, tres o cuatro dedos, o con la del dedo medio. Los golpes son rápidos y moviendo la mano solo por la articulación de la muñeca.

El segundo tipo, *la percusión indirecta*, consiste en golpear un objeto (ej. Un dedo) que se aplica al área corporal que se examina.”⁸

“La percusión se utiliza para determinar el tamaño y la forma de los órganos internos mediante la determinación de sus bordes. Indica si un tejido está lleno de líquido, aire, o es sólido. La percusión produce cinco tipos de sonido: mate, submate, claro o resonante, hiperresonante y timpánico.

d) Auscultación: es el proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo y puede ser directa o indirecta. La auscultación directa es cuando se aplica el oído directamente al cuerpo, ej. Para escuchar una respiración ruidosa o el ruido chirriante de la articulación en movimiento. La auscultación indirecta consiste en el uso de un estetoscopio que amplifica los sonidos y los transmite a los oídos de la enfermera. El estetoscopio se utiliza para auscultar los sonidos del interior del cuerpo como son los intestinales y de las válvulas cardíacas.

⁸ ibidem. Pag. 503, 504

Los sonidos auscultados se describen de acuerdo a su tono, intensidad, duración y timbre. El tono: es la frecuencia de las vibraciones (núm. de vibraciones por segundo). La intensidad (amplitud) se refiere a la fuerza o suavidad del sonido. La duración de un sonido se refiere a su longitud (prolongada o corta). El timbre de un sonido es una descripción subjetiva del mismo, por ej. Silbido, gorgoteo o chasquido.”⁹

Instrumento de registro: *Los instrumentos pueden ser de diversos tipos:*

- *Informes médicos:* historia clínica, exploración física, notas sobre la evolución y consultas.
- *Informes sobre el tratamiento de otros profesionales sanitarios:* asistencias sociales, especialistas en nutrición, dietistas o fisioterapeutas.
- *Datos de laboratorio:* pruebas de laboratorio.”¹⁰

2.1.5 Diagnóstico de Enfermería.

Concepto: Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.”¹¹

Objetivo: El objetivo de esta etapa es identificar las respuestas reales o posibles que se considera ocasionan problemas al paciente.

Antecedentes (NANDA)

“En la década de los años 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los Estándares de la Práctica de Enfermería (1973). Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería y significa una referencia a la calidad de la práctica, a la par, conlleva a la necesidad de estructurar y regular el tema. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país.

⁹ Ibidem. Pag. 504-505.

¹⁰ Ibidem. Pág. 106.

¹¹ Ibidem. Pág. 116.

Este hecho dio origen a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, en 1973.”¹²

En 1982, durante la V Conferencia, se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería.

Las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, surgen al inicio de la década de los años 70, con una estructura insuficiente y a pesar de numerosas discusiones no se llega a acuerdos sobre la mejor forma de clasificarlos, por lo que se decide organizarlas en orden alfabético. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético; por ello inicia los trabajos para elaborar un marco de referencia, que proporcione las bases conceptuales, y así establecer los criterios de clasificación taxonómica.

Clasificación de diagnóstico de la NANDA:

Hay 7 ejes del modelo de diagnóstico enfermero NANDA:

EJE 1 concepto diagnóstico

EJE 2 sujeto del diagnóstico (persona, familia o comunidad)

EJE 3 juicio (deteriorado, inefectivo)

EJE 4 localización (vejiga, auditivo cerebral).

EJE 5 edad (lactante niño, adulto)

EJE 6 tiempo (agudo, crónico, intermitente).

EJE 7 estado del diagnóstico: real, de riesgo, de salud, de promoción a la salud)

Etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas:

Taxonomía II

1. RESPIRACIÓN

00030 Intercambio gaseoso, deterioro del

00031 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las

00032 Patrón Respiratorio ineficaz

00033 Respiración espontánea, deterioro de la

00034 Destete del ventilador, respuesta disfuncional al

00036 Asfixia, riesgo de

00039 Aspiración, riesgo de

¹² Bsv.sld.cu/revistas/spu/vol28_3.../spu08302.htm

2. ALIMENTACION / HIDRATACION

- 00001 Desequilibrio Nutricional por exceso
- 00002 Desequilibrio Nutricional por defecto
- 00003 Riesgo de desequilibrio Nutricional por exceso
- 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- 00026 Líquidos, exceso de volumen de
- 00027 Líquidos, déficit de volumen de
- 00028 Líquidos, riesgo de déficit de volumen de
- 00048 Deterioro de la dentición
- 00102 Déficit de autocuidado, alimentación
- 00103 Deglución, deterioro de la
- 00104 Lactancia materna ineficaz
- 00105 Interrupción de la Lactancia materna
- 00106 Lactancia materna eficaz
- 00107 Alimentación ineficaz del lactante, patrón de
- 00134 Náuseas

3. ELIMINACION

- 00011 Estreñimiento
- 00012 Estreñimiento subjetivo
- 00013 Diarrea
- 00014 Fecal, incontinencia
- 00015 Riesgo de Estreñimiento
- 00016 Eliminación Urinaria, deterioro de la
- 00017 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- 00018 Incontinencia urinaria: refleja
- 00019 Incontinencia urinaria: de urgencia
- 00022 Incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de
- 00020 Incontinencia urinaria: funcional
- 00021 Incontinencia urinaria: total
- 00023 Urinaria, retención
- 00110 Déficit de Autocuidado, uso del WC

4. MOVILIZACIÓN

- 00040 Síndrome Desuso, riesgo de
- 00085 Movilidad física, deterioro de la
- 00086 Disfunción Neurovascular periférica, riesgo de
- 00088 Deterioro de la deambulacion
- 00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
- 00090 Deterioro de la habilidad para la traslación
- 00091 Deterioro de la movilidad en la cama

- 00092 intolerancias a la Actividad
- 00093 Fatiga
- 00094 Intolerancia a la Actividad, riesgo de

5. REPOSO / SUEÑO

- 00095 Patrón de Sueño, deterioro del
- 00096 Deprivación de sueño

6. VESTIRSE

- 00109 Déficit de Autocuidado, vestido / acicalamiento

7. TEMPERATURA

- 00005 Temperatura corporal, riesgo de desequilibrio de la
- 00006 Hipotermia
- 00007 Hipertermia
- 00008 Termorregulación ineficaz

8. HIGIENE / PIEL

- 00024 Perfusión Tisular, inefectiva. (Especificar: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)
- 00044 Integridad Tisular, deterioro de la
- 00045 Mucosa Oral, deterioro de la
- 00046 Integridad Cutánea, deterioro de la
- 00047 Integridad Cutánea, riesgo de deterioro de la
- 00108 Déficit de Autocuidado, baño / higiene

9. SEGURIDAD

- 00004 Infección, riesgo de
- 00009 Disreflexia autónoma
- 00010 Disreflexia autónoma, riesgo de
- 00035 Lesión, riesgo de
- 00037 Intoxicación, riesgo de
- 00038 Traumatismo, riesgo de
- 00041 Respuesta alérgica al Látex
- 00042 Riesgo de respuesta alérgica al Látex
- 00043 Protección Inefectiva
- 00049 Capacidad adaptativa intracraneal disminuida
- 00050 Perturbación del campo de energía
- 00060 Procesos Familiares, interrupción de los
- 00061 Rol de cuidador, cansancio en el desempeño del
- 00062 Rol de cuidador, riesgo de cansancio del

00071 Afrontamiento defensivo
00072 Negación ineficaz
00078 Régimen Terapéutico, manejo inefectivo del
00079 Incumplimiento del tratamiento (especificar)
00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad
00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico
00087 Riesgo de lesión perioperatoria
00100 Retraso en la recuperación quirúrgica
00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo
00111 Crecimiento y desarrollo, retraso en el
00112 Riesgo de retraso en el desarrollo
00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado
00114 Estrés del Traslado, síndrome de
00128 Confusión aguda
00129 Confusión crónica
00130 Trastorno de los procesos de pensamiento
00131 Deterioro de la memoria
00132 Dolor agudo
00133 Dolor crónico
00135 Duelo disfuncional
00136 Duelo anticipado
00137 Aflicción crónica
00138 Violencia dirigida a otros, riesgo de
00139 Automutilación, riesgo de
00140 Violencia autodirigida, riesgo de
00141 Síndrome Post-traumático
00142 Violación, síndrome traumático de la
00143 Violación, síndrome traumático de la: reacción compuesta
00144 Violación, síndrome traumático de la: reacción silente
00145 Síndrome postraumático, riesgo de
00146 Ansiedad
00148 Temor
00149 Síndrome de estrés del traslado, riesgo de
00150 Riesgo de suicidio
00151 Automutilación
00152 Impotencia, riesgo de
00153 Riesgo de baja autoestima situacional
00155 Riesgo de caídas

10. COMUNICACIÓN

- 00051 Comunicación verbal, deterioro de la
- 00052 Interacción Social, deterioro de la
- 00053 Aislamiento Social
- 00054 Riesgo de soledad
- 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante
- 00059 Disfunción Sexual
- 00063 Procesos familiares disfuncionales: Alcoholismo
- 00065 Patrones Sexuales inefectivos
- 00069 Afrontamiento inefectivo
- 00073 Afrontamiento familiar incapacitante
- 00074 Afrontamiento familiar comprometido
- 00076 Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
- 00077 Afrontamiento inefectivo de la comunidad
- 00122 Trastorno de la Percepción Sensorial, (Especificar: visual, auditiva, cinestesia, gustativa, táctil, olfatoria)
- 00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
- 00154 Vagabundeo
- 00123 Desatención unilateral

11. RELIGION / CREENCIAS

- 00066 Sufrimiento Espiritual
- 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual
- 00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual
- 00083 Conflicto de Decisiones, (especificar)
- 00124 Desesperanza
- 00125 Impotencia
- 00147 Ansiedad ante la muerte

12. TRABAJAR / REALIZARSE

- 00055 Desempeño Inefectivo del Rol
- 00056 Deterioro Parental
- 00057 Deterioro Parental, riesgo de
- 00064 Rol Parental, conflicto del
- 00070 Adaptación, deterioro de la
- 00084 Conductas generadoras de Salud, (especificar)
- 00098 Mantenimiento del Hogar, deterioro en el
- 00099 Mantenimiento inefectivo de la Salud
- 00118 Imagen corporal, trastorno de la
- 00119 Baja Autoestima crónica
- 00120 Baja Autoestima situacional

00121 Identidad personal, trastorno de la

13. ACTIVIDADES LÚDICAS

00097 Actividades recreativas, déficit de

14. APRENDER

00075 Afrontamiento familiar: disposición para mejorar el

00126 Conocimientos deficientes, (especificar)

Clasificación de diagnósticos:

1. **“Real:** Es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados. Son ejemplo de ello el *patrón respiratorio ineficaz y ansiedad*.
2. **Riesgo o potencial:** según definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.
3. **Posible:** Es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnostico posible requiere más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo. Ej. Una viuda anciana que ingresa a un hosp. La enfermera observa que no recibe visitas y que le agrada que el personal de enfermería la atienda y converse con ella. Hasta que disponga de más datos, la enfermera puede redactar un diagnostico de enfermería de posible aislamiento social relacionado con la etiología desconocida.
4. **De salud:** Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.”¹³

Factor relacionado

“Factor que está causando o contribuyendo a causar un problema real. Se utilizan como etiología de problemas reales. Además se utilizan cuando los síntomas y signos del problema están presentes.”¹⁴

¹³Ibidem. pág. 117.

¹⁴ Ibidem. pág. 119.

Características definitorias

“Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo “normal” al problema.”¹⁵

Componentes esenciales del diagnóstico enfermeros son:

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

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

El enunciado diagnóstico en tres partes comprende el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (PES). Los diagnósticos enfermeros reales pueden documentarse mediante el enunciado en tres partes (utilizando con y manifestado por), porque se han identificado los signos y síntomas del diagnóstico.”¹⁶

2.1.6 Planeación

Concepto: Tercera fase del proceso de enfermería, en la cual la enfermera y el paciente desarrollan los objetivos / resultados y las estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.”¹⁷

Objetivo: Identificar los factores que debe tener en cuenta la enfermera al establecer las prioridades.

Clasificación de las intervenciones: Las intervenciones se clasifican en:

¹⁵ Ibidem. pág. 119.

¹⁶ Ibidem. pág. 130.

¹⁷ Ibidem. Pág. 140

a) Independiente: Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.

b) Dependiente: Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. Las ordenes del medicas suele consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas de diagnostico, tratamientos, dietas y actividad.

c) Interdependiente: Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietó logos y médicos.”¹⁸

Criterios de resultados: Estos permiten la identificación de resultados en los estándares para la práctica de la enfermería clínica, o considerados como los criterios mensurables y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

2.1.7 Ejecución

Concepto: Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.”¹⁹

Objetivo: Identificar las fases esenciales en el desarrollo de herramientas para evaluar la atención de calidad.

2.1.8 Evaluación

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

¹⁸Ibidem. , pág. 150-151.

¹⁹Ibidem Pág. 162.

Objetivo: La enfermera determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos o resultados como la eficacia del plan de cuidados de enfermería

2.2. NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

2.2.1. Antecedentes de formación

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

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

Los elementos más importantes de su teoría son:

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

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

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

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

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo

de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

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

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

Variables: estados patológicos:

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

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

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

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno:

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

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

2.2.2 Principales conceptos

“Independencia: La define como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: Se define como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades; o pueden ocurrir actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.”²⁰

- Causas de dependencia: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.
- Tipos de dependencia:
 1. **Falta de fuerza:** capacidad del individuo para lleva a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
 2. **Falta de conocimiento:** en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

²⁰ Fernández Ferrin, Gloria Novel Martí, El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Proceso, pág. 6-7

- 3. Falta de voluntad:** incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportuna para satisfacer las 14 necesidades. Estas 3 causas pueden dar lugar a: dependencia total o parcial y a temporal o permanente.

Rol de enfermería: lo define como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

➤ Tipos de rol de enfermería

- 1. Rol autónomo:** las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.
- 2. Rol interdependiente:** ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente.
Existen prescripciones de otros profesionales, generalmente el médico, aunque la enfermera aporta sus conocimientos y sus habilidades para llevar a cabo estas prescripciones.
- 3. Rol dependiente:** no trabaja en solitario sino que forma parte de un equipo de salud. Significa que la enfermera también cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

Las Necesidades Humanas básicas según Henderson, son:

1. "Respirar normalmente
2. Comer y beber en forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros.
11. Actuar de acuerdo a la propia fe.

12. Actuar de manera que se tenga satisfacción con uno mismo.

13. Disfrutar o participar en formas de entretenimiento.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal."²¹

2.3. DUELO

El duelo es la respuesta normal ante la pérdida, que es esencial para una buena salud mental y física. Le permite al individuo afrontar la pérdida gradualmente y aceptarla como una parte de la realidad. El duelo es un proceso social; es mejor si se comparte y se lleva a cabo con la ayuda de otras personas.

Entre los síntomas que pueden acompañar al duelo se encuentran la ansiedad, la depresión, la pérdida de peso, las dificultades para deglutir, los vómitos y la fatiga, las cefaleas, el vértigo, el desmayo, la visión borrosa, las erupciones cutáneas, la sudoración excesiva, las alteraciones menstruales, las palpitaciones, el dolor torácico, la disnea, y la infección. Las personas afligidas también pueden experimentar alteraciones de la libido, de la concentración, y de los patrones de alimentación, del sueño, de la actividad, y de la comunicación.

Etapas del duelo

Kübler-Ross ha descrito 5 etapas que son: negación, cólera, negociación, depresión y aceptación.

Clark describe un curso de tres fases a lo largo del cual progresa la persona en proceso de duelo, que dura de 6 meses a 2 años.

1. ***shock e incredulidad***. Un sentimiento de paralización es una respuesta común que sigue inmediatamente a la muerte de un ser querido.
2. ***añoranza y protesta***. La cólera que siente la persona doliente puede dirigirse contra el fallecido por haber muerto, contra Dios, contra otras personas cuyos seres queridos todavía están vivos o contra los cuidadores.
3. ***angustia, confusión y desesperación***. Cuando sinceramente se acepta la realidad de la pérdida, puede sobrevenir la depresión. En este momento es frecuente el llanto.
4. ***identificación en el desconsuelo***. Las personas dolientes pueden asumir los comportamientos, los rasgos personales, los hábitos, y las aspiraciones del fallecido.

²¹ MARRINER Toney A, op cit. pág. 184.

5. **reorganización y reparación.** La consecución de la estabilidad y de un sentimiento de reintegración puede necesitar un período de tiempo que difiere ampliamente en cada caso, desde menos de un año hasta varios años.

Tipos de duelo:

- *Duelo abreviado.* Es corto pero se siente genuinamente.
- *Duelo anticipado.* Se experimenta con antelación al suceso.
- *Duelo malsano* (es decir, el duelo patológico o disfuncional) puede no resolverse o ser reprimido, y demorado.
- *Duelo sin resolver.* Se amplía en cuanto a la duración y la gravedad.
- *Duelo reprimido.* Muchos de los síntomas normales de duelo son sofocados, y en su lugar se experimentan otros efectos, incluidos los somáticos.

La aceptación del duelo de los seres queridos fomenta una estructura de soporte familiar unida. Los pacientes pueden sentirse temerosos o culpables en cuanto a desarrollar nuevas relaciones.

A menudo los pacientes no disponen de información sobre los recursos disponibles y/o pueden sentirse incómodos al utilizarlos.

Los pacientes pueden disponer de sistemas de apoyo exclusivos de los que no están informados. Muchos de los sistemas de apoyo personal están disponibles sin ningún costo. La utilización de los recursos personales o de la comunidad puede disminuir la intensidad del duelo, ayudar al paciente a llevar a cabo los reajustes necesarios en su estilo de vida, y establecer nuevas relaciones y promover una recuperación más rápida. Pueden sentirse menos solos cuando pueden hablar acerca de sus sentimientos con los que han experimentado sentimientos similares.

El estado físico y psicológico es indicador de la resolución del duelo. Los pacientes pueden tratar de volver a sus actividades normales demasiado deprisa, antes de que hayan resuelto su duelo. Pueden sufrir una reaparición de los síntomas de duelo²²

2.4 ABORTO

El aborto se define como la interrupción provocada o espontánea del embarazo antes de su viabilidad extrauterina. Este cuadro se presenta antes de la vigésima semana de gestación teniendo el producto, un peso inferior a los 500g.

²² Ibidem. pág. 909 - 911.

Los factores etiológicos del aborto se dividen en:

“Causas orgánicas”:- estas pueden ser enfermedades generales, como la sífilis, la toxoplasmosis, la rubeola, por mycoplasma , la desnutrición y las deficiencias de ácido fólico; y causas locales como las malformaciones uterinas, la hipoplasia del útero, la incompetencia ístmico cervical, etc.

Causas funcionales: Como la endocrinopatías, la involución precoz del cuerpo amarillo gravídico o la insuficiencia del propio cuerpo amarillo para producir progesterona, lo que hará difícil la implantación del trofoblasto.

Causas psicodinámicas: los traumatismos emocionales pueden producir influjos hormonales, humorales y nerviosos, que modifican la regulación hormonal, el metabolismo y el tono circulatorio de los órganos genitales, conduciendo al aborto.

Causas ovulares: Estas causas se refieren a huevos genéticamente anormales, incapaces de sobrevivir, con defectos del desarrollo embrionario por alteraciones cromosómicas. Todos ellos constituyen 50% de los abortos espontáneos.

Causas tóxicas: Intoxicaciones por diferentes tipos y sustancias. Por ejemplo el tabaquismo, el alcoholismo, la marihuana, la cocaína, etc.

Causas traumáticas: Traumatismos directos o indirectos sobre el abdomen.”²³

Formas clínicas:

- 1- “Amenaza de Aborto: los datos principales son: metrorragia, dolores hipogástricos y lumbares; no hay modificaciones cervicales.
- 2- Aborto inminente: intensificación de los signos anteriores.
- 3- Aborto inevitable: a la sintomatología ya señalada: se agrega la dilatación del cérvix, especialmente en su orificio interno.
- 4- Aborto en evolución: hay hidrorrea, metrorragia y observación de los restos ovulares en vagina y cérvix, el cual esta dilatado.
- 5- Aborto incompleto: que los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, por tanto el útero no se contrae, el cérvix permanece abierto y la hemorragia es abundante.
- 6- Aborto completo: este diagnostico presupone que la paciente aborta y elimina totalmente al huevo, lo que no se puede asegurar y, por tanto, es preferible realizar un legrado uterino terapéutico.
- 7- Aborto diferido: en estos casos, la gestación esta interrumpida, no hay vitalidad ovular ni crecimiento del útero y el huevo está retenido como si fuera un cuerpo extraño y existe el peligro de que la paciente desarrolle un cuadro de

²³ RAMIREZ Alonso Félix. Obstetricia para la enfermera profesional. Ed. Manual moderno. 2002. Pág. 193,194.

coagulación intravascular diseminada por el paso de tromboplastina a la circulación general.

- 8- Aborto séptico: es producido por los gérmenes que ascienden de la vagina y encuentran en la sangre y los tejidos desprendidos un medio muy propicio para su proliferación, originando severos cuadros de endometritis, parametritis, anexitis e incluso peritonitis grave.”²⁴

Tratamiento:

FORMA CLINICA	MEDIDAS TERAPEUTICAS
Amenaza de aborto	<p>“Reposo absoluto en cama.</p> <p>Administrar sedantes ligeros.</p> <p>Tranquilizar a la paciente y explicarle su problema.</p> <p>Administrar progesterona solo en casos de deficiencia de cuerpo lúteo.</p>
Aborto inevitable y diferido	<p>Estimular con oxitocina en caso necesario y efectuar el vaciamiento uterino.</p> <p>Administrar tratamiento antibiótico.</p>
Aborto en evolución, inminente o incompleto	Practicar legrado uterino digito instrumental.
Aborto séptico.	Administrar tratamiento antibiótico en dosis altas, legrado uterino o histerectomía en bloque, según el caso. Los antibióticos de elección son la penicilina cristalina, ampicilina, cefalotina, gentamicina y clindamicina. ²⁵

²⁴ RAMIREZ Alonso *fueviro*, ix, Obstetricia para la enfermera profesional. Pág. 194

²⁵ MONDRAGON Hector, ginecoobstetricia elemental, pág. 319.

2.5. CLASIFICACION DE INTERVENCION Y RESULTADOS DE ENFERMERIA EN EL DUELO ANTICIPADO.

Según, el proyecto NYPE, establece las siguientes intervenciones y resultados de enfermería para el diagnóstico de duelo anticipado:

RESULTADO	INTERVENCIONES			INTERVENCIONES OPCIONALES
	PRINCIPALES	SUGERIDAS	SUGERIDAS	
<p>Adaptación a la discapacidad física.</p> <p>DEFINICION: Respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a una discapacidad física.</p>	<p>Apoyo emocional.</p> <p>Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Potenciación de la imagen corporal.</p>	<p>Dar esperanza.</p> <p>Declarar la verdad al paciente.</p> <p>Escucha activa.</p> <p>Facilitar el duelo.</p> <p>Grupo de apoyo.</p> <p>Guía de anticipación.</p> <p>Potenciación de la autoestima.</p>	<p>Apoyo en toma de decisiones.</p> <p>Apoyo espiritual.</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>Control del humor.</p> <p>Cuidados del paciente amputado.</p> <p>Disminución del estrés por traslado.</p> <p>Potenciación de roles.</p>	

<p>Afrontamiento de los problemas de la familia.</p> <p>DEFINICION:</p> <p>Acciones de la familia para controlar factores estresantes que comprometen los recursos de la familia</p>	<p>Apoyo a la familia.</p> <p>Facilitar el duelo.</p> <p>Facilitar el duelo:</p> <p>Muerte perinatal.</p>	<p>Apoyo espiritual.</p> <p>Asesoramiento.</p> <p>Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>Estimulación de la integridad familiar.</p> <p>Fomentar la normalización familiar.</p> <p>Fomentar la resistencia.</p> <p>Mantenimiento en procesos familiares.</p> <p>Terapia familiar.</p>	<p>Apoyo al cuidador principal.</p> <p>Apoyo de hermanos.</p> <p>Grupo de apoyo.</p> <p>Intermediación cultural.</p>
--	---	---	--

<p>Afrontamiento de problemas.</p> <p>DEFINICION:</p> <p>Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p>	<p>Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Facilitar el duelo.</p> <p>Facilitar el duelo: muerte perinatal.</p>	<p>Apoyo a la familia.</p> <p>Apoyo al cuidador principal.</p> <p>Apoyo emocional.</p> <p>Apoyo espiritual.</p> <p>Asesoramiento.</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>Contacto</p> <p>Dar esperanza.</p> <p>Disminución de la ansiedad.</p> <p>Estimulación de la integridad familiar.</p> <p>Facilitar el perdón.</p> <p>Facilitar la meditación.</p>	<p>Apoyo de hermanos.</p> <p>Asesoramiento genético.</p> <p>Control del humor</p> <p>Declarar la verdad al paciente.</p> <p>Fomentar la normalización familiar.</p> <p>Potenciación de la imagen corporal.</p> <p>Terapia asistida con animales.</p> <p>Terapia de grupo.</p> <p>Terapia de juegos.</p> <p>Terapia de reminiscencia.</p>
---	---	--	--

<p>Clima social de la familia</p> <p>DEFINICION:</p> <p>Ambiente de apoyo caracterizado por las relaciones y los objetivos de los miembros de la familia.</p>	<p>Apoyo a la familia.</p> <p>Estimulación de la integridad familiar.</p> <p>Facilitar el duelo.</p>	<p>Fomento de la resistencia.</p> <p>Grupo de apoyo.</p> <p>Guía de anticipación.</p> <p>Presencia.</p> <p>Apoyo emocional.</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>Grupo de apoyo.</p> <p>Terapia familiar.</p>	<p>Apoyo espiritual.</p> <p>Asesoramiento.</p>
---	--	--	--

<p>Modificación psicosocial: cambio de vida.</p> <p>DEFINICION:</p> <p>Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante</p>	<p>Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Guía de anticipación.</p>	<p>Apoyo emocional.</p> <p>Asesoramiento.</p> <p>Cuidados en la agonía.</p> <p>Declarar la verdad al paciente.</p> <p>Escucha activa.</p> <p>Terapia de reminiscencia.</p>	<p>Ayuda en la modificación de si mismo.</p> <p>Apoyo en toma de decisiones.</p> <p>Apoyo espiritual.</p> <p>Estimulación de la integridad familiar.</p> <p>Fomento de la implicación familiar.</p> <p>Humor.</p> <p>Mantenimiento en procesos familiares.</p> <p>Movilización familiar.</p>
<p>Resolución de la aflicción.</p> <p>DEFINICION:</p>	<p>Facilitar el duelo.</p> <p>Facilitar el duelo: muerte</p>		<p>Apoyo de hermanos.</p>

Adaptación a la pérdida real o inminente.	perinatal.	<p>Apoyo emocional.</p> <p>Apoyo espiritual.</p> <p>Asesoramiento.</p> <p>Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>Ayuda para el control del enfado.</p> <p>Cuidados en la agonía.</p> <p>Dar esperanza.</p> <p>Escucha activa.</p> <p>Grupo de apoyo.</p> <p>Guía de anticipación.</p> <p>Terapia de miniscencia.</p>	<p>Biblioterapia.</p> <p>Contacto.</p> <p>Cuidados por cese del embarazo.</p> <p>Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.</p> <p>Facilitar las visitas.</p> <p>Musicoterapia.</p> <p>Obtención de órganos.</p> <p>Presencia.</p> <p>Terapia asistida con animales.²⁶</p>
---	------------	--	---

²⁶ INTERRELACIONES,NANDA, NIC Y NOC, Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones pág. 210-212.

III. METODOLOGÍA.

El estudio de caso tiene dos ejes uno metodológico sustentado en el Proceso de Atención de Enfermería y otro conceptual sustentado en la teoría de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

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

El eje conceptual, ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en

Sus necesidades considerando los factores físicos, psicológicos, espirituales y culturales.

3.1 Valoración.

La valoración de enfermería se realizó bajo el consentimiento de la mujer, se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física. Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual está diseñada por necesidades.

3.2. Diagnostico de Enfermería.

Los datos obtenidos en la valoración, fueron analizados tenidos como referentes el conocimiento y la experiencia. A partir de este análisis se identificaron los problemas que afectaban las necesidades de enfermería y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las etiquetas diagnosticas de la NANDA (ultima edición publicada) y el formato PES.

3.3. Planeación.

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

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente; cada una de ellas fue fundamentada en el formato del Plan de Atención de Enfermería.

Por cada día diagnostico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo da claridad a la enfermera de lo que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la mujer.

Los criterios de resultado, permiten comparar y analizar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el Plan de Atención.

1.4. Ejecución.

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

1.5. Evaluación

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultados; estos rubros dieron la pauta para evaluar el Plan de Atención inicial y retroalimentarlo.

Siendo el proceso de Atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitieran dar un sustento teórico.

IV. INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1.1. Valoración

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: A. A. A. EDAD: 30 años. SEXO: Femenino. PESO: 67 kg.
TALLA: 1.57cm. OCUPACION: Auxiliar de terapia física. FECHA DE
NACIMIENTO: 17 de Mayo de 1978. FECHA DE INGRESO: 22 / Enero /
2009. HORA DE INGRESO: 19:40 hrs. PROCEDENCIA: Ginecología.
FUENTE DE INFORMACION: Directa.

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDAD DE OXIGENACION: Se encuentra estable sin presentar problemas de las vías aéreas así como del corazón.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION: Alteración desequilibrada por exceso de ingesta en alimentos como son de origen animal, harinas y pastas; la hidratación que lleva acabo es insuficiente por la ingesta menor de 2 lts. De agua durante el día.

NECESIDAD DE ELIMINACION: Evacuaciones una vez al día, eliminación urinaria cinco veces al día sin molestias, como pueden ser dolos o ardor.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION: Presenta una temperatura normal, durante su estancia en el servicio.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA: No practica ningún deporte, como tampoco refiere molestias en su físico.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: Las horas de sueño son de nueve horas, descansando cinco horas, presentando insomnio cuatro horas, observándose nerviosa e inquieta.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS: De acuerdo el clima es como utiliza su vestuario, sin que influyan otras personas o su estado de ánimo.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: Realiza su aseo personal con baño una vez al día, con cambio total de ropa, manteniendo lubricada y húmeda su piel.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: Se encuentra nerviosa, triste por su estado de salud, ya que menciona que cuando supo de su embarazo sospecho

que no estaba bien su bebe que algo malo tenia, por lo tanto se le explico los riesgos que corría al dejar evolucionar su embarazo, ofreciéndole el tratamiento médico de LUI, así mismo se mantuvo en observación hasta llevar a cabo el plan a seguir.

NECESIDAD DE COMUNICARSE: Mantiene buena comunicación con su pareja e hijo, al igual en su área de trabajo, así como vecinos y demás, observándose una persona sociable.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES: Es de religión católica, acostumbrada asistir a misa cada ocho días y días especiales

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE: Le satisface realizar su trabajo, como ayudar a las personas a recuperar su salud, dedicando siete horas a su trabajo, mencionando sentirse realizada en su vida.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: En sus ratos libres le dedica el tiempo a su hijo con juegos.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: A través del tiempo en su trabajo adquiere nuevas enseñanzas, así como su inquietud por seguir superándose profesionalmente.

1.2. Diagnóstico de enfermería.

Después de haber realizado la valoración y analizado los datos se concluye que la Sra. Presenta dependencia parcial, debido a que presenta dificultades para satisfacer las siguientes necesidades: (en el cuadro pon la necesidad afectada, el problema que la afecta y el diagnostico de enfermería)

NECESIDAD	PROBLEMA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Alimentación / Hidratación	Desequilibrio de volumen de líquidos. Desequilibrio nutricional	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con LUI. Desequilibrio nutricional por exceso.
Seguridad	Riesgo de infección. Dolor por contracciones uterinas. Perdida del producto. Nerviosismo, inquietud y desconexión.	Riesgo de infección relacionado con LUI. Dolor agudo relacionado con contracciones. Duelo disfuncional relacionado con perdida del producto. Ansiedad relacionada con el estado de conciencia.
Reposo / Sueño	Alteración del sueño	Deterioro del patrón del sueño relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño manifestado por despertarse mas o tres veces.

Objetivo: Disminuir el riesgo de desequilibrio de líquidos, por hipovolemia.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con LUI.	<p>ID Valorar y documentar la cantidad, y color del sangrado.</p> <p>Se valorarán los signos vitales, y turgencia de la piel.</p> <p>Administrar los medicamentos prescritos para evitar mayores pérdidas de fluidos.</p> <p>Medir y documentar la ingestión y eliminación de fluidos.</p> <p>Controlar los signos vitales c/1 -2 horas o según lo indique el estado de la paciente.</p>	<p>Los fluidos y electrolitos son necesarios para mantener una buena salud y sus cantidades relativas en el organismo deben mantenerse dentro de un margen estrecho.</p> <p>El equilibrio de los fluidos y de los electrolitos en el organismo es una parte de la homeostasis fisiológica.</p> <p>“Los cambios en los signos vitales pueden indicar alteraciones hidroelectrolíticas o ácido-básicas o mecanismos compensatorios para mantener el equilibrio (fiebre, taquicardia, hipotensión).”²</p>	<p>Se medirá o cuantificará la pérdida de sangrado mediante un estricto control de líquidos, registrándose por turno.</p> <p>Se tomara y registrarán los signos vitales para detectar problemas de deshidratación como son taquicardia, fiebre, hipotensión).</p> <p>Se ministraran medicamentos, soluciones intravenosas para reposición de perdidas por el sagrado que exista.</p>	<p>Se llevo a cabo un control de líquidos tanto de ingresos como egresos de líquidos, manteniéndose equilibraba su hidratación.</p> <p>Se monitoreo los signos vitales permaneciendo estables durante su tratamiento y estancia hospitalaria. Se tomo una biometría hemática completa,</p>

	<p>D. Determinar la osmolaridad sérica él, el hematocrito y los niveles de hemoglobina.¹</p>	<p>El recuento sanguíneo completo, otra prueba básica de detección, incluye el hematocrito y el nivel de hemoglobina. El hematocrito mide el volumen de la sangre completa formado por los eritrocitos. Dado que el hematocrito es una medición del volumen de las células con relación al plasma, se afecta por variaciones en el volumen del plasma. Por lo tanto el hematocrito aumenta en caso de deshidratación importante y de shock hipovolemico y disminuye con una sobre hidratación severa.</p>	<p>Se tomara la muestra de orina para control de la densidad urinaria según el estado de la paciente. Se tomara muestra de biometría hemática para cuantificación de hemoglobina y hematocrito.</p>	<p>corroborando cifras normales de hemoglobina y hematocrito. Se ministraron soluciones parenterales para la reposición por sangrado transvaginal, durante el procedimiento por el LUI.</p>
--	--	---	---	---

¹ Ibidem. Pág. 1152,1153.

² Ibidem. Pág. 1127.

Objetivo: Mantener una mejor alimentación para así conservar un mejor peso corporal.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Desequilibrio nutricional por exceso.	<p>ITD Explorar con el paciente los factores fisiológicos, psicológicos y de estilo de vida que predisponen al aumento de peso.</p> <p>Revisar semanalmente la ingestión de alimentos por parte del paciente, y las horas de la comida.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar los patrones de alimentación</p>	<p>Factores psicológicos aunque algunas personas comen excesivamente cuando sufren estrés, depresión o soledad, otras disminuyen en gran medida su ingestión de comida bajo la misma circunstancia.</p> <p>La nutrición representa la suma de todas las interacciones entre un organismo y el alimento que consume. Los nutrientes son las sustancias orgánicas e inorgánicas que se encuentran en los alimentos y que son</p>	<p>Se identificara los factores de riesgo o que contribuyen al exceso de peso.</p> <p>Se identificara los malos hábitos o formas de conducta que deberán ser modificadas para perder peso o para impedir un aumento de peso.</p> <p>Se le educará para que controle sus hábitos alimentarios</p>	<p>Se identifico los factores de riesgo o que contribuyen al exceso de peso como son la herencia, la depresión, estrés.</p> <p>Se identifico los malos hábitos o formas de conducta de una mala alimentación.</p> <p>Se capacito para que lleve a cabo una dieta balanceada y se establezca una rutina diaria de ejercicio.</p>

³Ibidem. Pág. 1074.

	<p>disfuncional.</p> <p>D</p> <p>Proporcionar información acerca del valor normal de peso corporal de la ingestión calórica recomendada, de los alimentos con alto y bajo contenido en calorías y de la utilización de intercambios de alimentos.</p> <p>ITD</p> <p>Aconsejar la ingestión de bebidas con bajo contenido calórico y sin cafeína y con abundante agua.</p> <p>Enseñar al paciente:</p>	<p>necesarias para el funcionamiento del organismo.</p> <p>Una ingestión adecuada de alimentos consiste en un equilibrio de nutrientes esenciales: agua, carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Los alimentos presentan grandes diferencias en cuanto a su valor nutritivo, y ninguno de ellos proporciona todos los nutrientes esenciales.</p> <p>Los requerimientos energéticos de una persona por encima de la tasa metabólica basal están influidos por muchos factores como la edad, el tamaño corporal, la actividad física, la temperatura ambiente, el crecimiento, el sexo y el edo. Emocional.</p> <p>“Los nutrientes tiene tres funciones principales:</p>	<p>durante un periodo de tiempo especificado.</p> <p>Se le ofrecerá a que lleve una dieta que reduzca la ingestión calórica diaria.</p> <p>Se le propondrá a que pierda peso corporal o mantener su peso dentro de los estándares, mediante una dieta balanceada, con ayuda de ejercicios como pudiera ser: caminar una hora diaria.</p>	<p>Se le informe de lo importante que es su peso para su estado de salud, y de que debe llevar a cabo las indicaciones, o de lo contrario acudir a un nutriólogo o dietista para que reciba ayuda.</p>
--	---	---	--	--

	<p>Los principios de una dieta bien equilibrada. Adaptar las prácticas de alimentación mediante el consumo de raciones más pequeñas, masticando cada bocado un número especificado de veces y dejando sobre el plato el tenedor entre cada dos bocados. Controlar el deseo de comer dando un paseo, bebiendo un vaso de agua o haciendo ejercicios de respiración lenta y profunda. Técnicas de reducción del estrés.</p> <p>ID</p> <p>Ayudar al paciente a planificar un programa de ejercicio físico (p. ej. Iniciar un programa de paseo y después aumentar gradualmente la distancia).</p>	<p>proporcionar energía para los procesos corporales y el movimiento, proporcionar material estructural para los tejidos corporales y regular los procesos que ocurren en el organismo.³</p>		
--	---	---	--	--

	<p>Animar al paciente a caminar hacia sitios concretos y a utilizar las escaleras en vez de los ascensores.</p>			
--	---	--	--	--

Objetivo: Planear junto con el usuario a buscar nuevas estrategias para lograr conciliar el sueño.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Deterioro del patrón de sueño con pensamientos repetitivos antes del sueño manifestado por despertarse más de 3 veces.</p>	<p>ITD</p> <p>Se valorara el patrón de sueño y vigilia del cliente, y evaluara el patrón actual con los hábitos usuales de sueño antes de este episodio.</p> <p>Se discutirán posibles causas que contribuyan a la alteración del patrón de sueño (p. ej. Miedo, problemas y conflictos no resueltos, medicamentos, etc.)</p> <p>Se exploraran las técnicas que favorecen el sueño y los cambios en el estilo de vida que puedan contribuir a un período óptimo de sueño.</p>	<p>El ciclo del sueño vigilia, está gobernado por 2 sistemas neurobiológicos, uno que genera el sueño y procesos relacionados con él y el otro que programa los ciclos del sueño, la alteración intrínseca o extrínseca puede favorecer la presencia de trastornos del ritmo circadiano y del sueño.</p> <p>La naturaleza cíclica del sueño se cree que está controlada por los centros localizados en la parte inferior del cerebro. Estos centros inhiben activamente el estado de vigilia produciendo así el sueño. Este proceso inhibitorio activo, reemplaza la teoría anterior de que el cerebro incluyendo el sistema activador reticular, simplemente se fatigaba, produciendo sueño.⁴</p>	<p>Se respetara en cuanto sean posibles los horarios de descanso.</p> <p>Se respetara los horarios de aplicación de medicamentos y control de solución parenteral, pero sin interrumpir el ciclo de sueño vigilia.</p> <p>Se respetara lo más posible los horarios de aplicación de medicamentos.</p> <p>Se identificarán las posibles causas del problema de sueño.</p> <p>Se planearan intervenciones apropiadas para favorecer el</p>	<p>Se observo, que el ciclo de sueño-vigilia mejoro, respetando, los horarios de sueño.</p> <p>Se identifico las medidas que debe tomar para que favorezca un patrón de sueño óptimo.</p> <p>Expreso verbalmente su satisfacción con calidad y cantidad de sueño informado sentir descansado o fresco tras despertar.</p>

⁴ Midazolam leonK. BLAIS, J.M. WILKINSON. Fundamentos de enfermería, proceso y práctica. Pág. 1011.

<p>ID</p>	<p>Se proporcionara un ambiente tranquilo y silencioso durante los periodos de sueño. Se evitara los ruidos altos, la utilización de la luz de la cabecera de la cama y cualquier otra interrupción durante los periodos de sueño.</p> <p>Se informara al paciente de antemano sobre las interrupciones asistenciales necesarias. Organizar los cuidados para permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos; por ejemplo, cuando se despierta al paciente para la medicación, determinar los signos vitales necesarios y administrar los tratamientos en ese momento.</p>	<p>“Las alteraciones del sueño se pueden clasificar como alteraciones primarias, alteraciones secundarias y parasomnias. Las alteraciones primarias del sueño: aquellas en las que el problema de sueño de la persona es la principal afección. Estas alteraciones son insomnio hipersomnia, narcolepsia, apnea del sueño y parasomnias.”⁵</p> <p>Las alteraciones secundarias del sueño: son alteraciones del sueño producidas por otras afecciones clínicas, como disfunción tiroidea, depresión o alcoholismo.</p>	<p>sueño.</p> <p>Se le brindara un ambiente tranquilo para que favorezca el sueño.</p>	
------------------	---	--	--	--

⁵ KOZIER Barbara, G.ERB, K. BLAIS, J.M. WILKINSON. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. Pág. 1016.

	<p>Se ejecutara las medidas indicadas para prevenir evacuaciones frecuentes por la noche, como disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse, ayudar al cliente, si es necesario a evacuar antes de acostarse, y evitar la ingestión de cafeína 4 horas antes de acostarse.</p> <p>Se deberá animar al paciente a expresar sus preocupaciones cuando no sea capaz de dormir.</p>			
--	--	--	--	--

Objetivo: Disminuir el riesgo de infección del útero por el LUI, teniendo en cuenta los signos de alarma.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Riesgo de infección relacionado con legrado uterino.	<p>ITD</p> <p>Se le explicara a la paciente cuales son los factores de riesgo de desarrollar una infección.</p> <p>D</p> <p>Se le enseñara a la paciente acerca de:</p> <p>El objetivo de los fármacos (por ej. La terapia antibiótica profiláctica).</p> <p>El control del estado de salud (por ej. Las constantes vitales, la auscultación pulmonar).</p>	<p>“Una infección es una invasión de los tejidos corporales y su proliferación allí por microorganismos. Un microorganismo como este es denominado agente infeccioso.”⁶</p> <p>“Los factores de riesgo de una infección uno de los más importantes es la susceptibilidad del huésped, que está afectada por la edad, la herencia, el nivel de estrés, el estado de nutrición , el estado inmunitario, el tratamiento médico actual, los procesos de enfermedades preexistentes y algunas</p>	<p>Se informara sobre los factores de riesgo, así como de los signos y síntomas de infección.</p> <p>Se informara sobre la importancia que tiene la Ministración de antibióticos prescritos por el médico.</p> <p>Se monitorizaran los signos vitales para la detección oportuna de una infección.</p> <p>Se llevara a cabo la</p>	<p>La paciente verbalizo la comprensión de riesgos individuales relacionados con el riesgo de infección.</p> <p>La paciente verbalizo la comprensión de las medidas de precaución que se llevan a cabo para prevenir o reducir el riesgo de infección.</p> <p>Se tomo biometría hemática, descartándose una posible infección.</p>

⁶Ibidem. . Pág. 703.

	<p>Se llevara a cabo las precauciones asépticas apropiadas y justificadas (por ej. Precauciones ante las sustancias corporales, asepsia quirúrgica).</p> <p>ID</p> <p>Se controlaran las constantes vitales y el color de la piel alimentos en cada turno, o con más frecuencia, para detectar cambios que podrían la presencia de una infección.</p> <p>D</p> <p>Se valoraran las cifras de los análisis de sangre para detectar indicios de infección.</p> <p>Se le preguntara a la paciente acerca de la</p>	<p>intervenciones quirúrgicas pasadas o recientes.⁷</p>	<p>técnica de lavado de manos constante o cada vez que se tenga contacto con ella para evitarle una infección nosocomial.</p> <p>Se vigilara las características sobre el sangrado transvaginal para detectar datos sobre infección.</p> <p>Se tomaran muestras de sangre prescritas por el médico para detectar datos de infección.</p>	<p>Comprendió y acepto recibir el tratamiento con antibióticos por vía parenteral.</p> <p>Se llevo a cabo técnica de lavado de manos cada vez que se tuvo contacto con la paciente.</p> <p>Se vigilo el sangrado que presento antes de realizarse el procedimiento quirúrgico.</p> <p>La paciente permaneció libre de infección nosocomial durante la hospitalización, manifestado por:</p> <p>Ausencia de signos de infección sistémica (tiene las constantes vitales normales, la velocidad de sedimentación de leucocitos</p>
--	---	--	--	--

⁷ Ibidem. Pág. 714.

	<p>presencia de signos clínicos subjetivos de infección (p. ej. Escalofríos, malestar, y letargo).</p> <p>Se valorar y documentara los signos clínicos de la infección cada 4 horas, o con arreglo al protocolo de la institución:</p> <p>D</p> <p>Se auscultaran los pulmones e inspeccionara la orina para detectar alteraciones del color y de la consistencia.</p> <p>Se valorara según su necesidad, elaborar y llevar a cabo un plan de enseñanza al cliente sobre la nutrición correcta (dieta alta en proteínas y vitaminas), ingesta de líquidos adecuada, higiene correcta y la importancia del descanso.</p>		<p>y eritrocitos es normal y no presenta escalofríos, malestar, o letargo).</p> <p>La paciente no presento signos locales de infección (tiene los ruidos pulmonares limpios; la orina clara y de color amarillo pálido; los estudios de laboratorio son negativos</p> <p>Realizo prácticas apropiadas para estimular el buen estado de las defensas de soporte del cuerpo (p. ej., dieta, ingesta de líquidos y reposo adecuados); higiene correcta; inmunización apropiada.</p>
--	--	--	--

Objetivo: Lograr disminuir el dolor o tratar que sea tolerable.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas, manifestado por gestos de protección e inquietud.</p>	<p>ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.</p> <p>ITD</p> <p>Se valorara, y documentara las indicaciones verbales y no verbales del cliente con frecuencia.</p> <p>ID</p> <p>Se proporcionara alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor, como cambios de posición; masaje de espalda u otras técnicas.</p>	<p>“El dolor es la estimulación nociva del daño tisular amenazado o actual. Se sabe que el dolor es altamente subjetivo e individual, y es uno de los mecanismos de defensa del organismo que indica que existe un problema.”⁸</p> <p>El dolor se puede clasificar según su origen, en cutáneo, somático profundo, o visceral.</p> <p>El dolor se describe como agudo o crónico, en función de su duración e intensidad.</p> <p>“El umbral del dolor de un individuo es la cantidad de estimulación dolorosa que la persona requiere para sentir dolor.”⁹</p> <p>“El estímulo doloroso transmitido</p>	<p>Se le enseñara la técnica de respiración, para que así se relaje y sea más tolerable o disminuya el grado de dolor.</p> <p>Informarle sobre el proceso que presentara por el dolor, así como la percepción del mismo, ayudándole a disminuir el temor hacia este mismo.</p> <p>Ministración endovenosa de analgésicos prescrita por el médico, así como la sedación epidural</p>	<p>Llevo a cabo los ejercicios de respiración, mejorando o disminuyendo el grado de dolor.</p> <p>Expresa verbalmente el alivio del dolor hasta un nivel menor, en una escala de 0 a 10; expresa verbalmente una sensación de confort razonable.</p> <p>Se llevo a cabo la terapia de sedación en cuanto se realizo el procedimiento quirúrgico.</p>

⁸ Ibidem. pág. 1033.

⁹ Ibidem, pag.1035.

	<p>Se valorara la predisposición y ganas del cliente de utilizar determinadas intervenciones.</p> <p>Se enseñara al paciente a:</p> <p>Utilizar técnicas para el tratamiento del dolor no farmacológicas.</p> <p>Se establecerá una relación que ayuda al cliente a explorar los temores sobre el control inadecuado del dolor, la incapacidad para tolerar o afrontar el dolor creciente, o la pérdida de la capacidad funcional y los</p>	<p>por las fibras nerviosas penetra en la medula espinal y asciende hacia la formación reticular del tálamo.¹⁰</p>	<p>realizada por el anestesiólogo.</p>	<p>Refiere menor miedo y ansiedad sobre la percepción del dolor y/o los analgésicos requeridos.</p>
--	---	---	--	---

¹⁰ Ibidem. pág. 1030.

	<p>efectos del dolor del paciente sobre los miembros de la familia o terceras personas significativas.</p> <p>Se proporcionara información precisa para disminuir los temores.</p> <p>ITD</p> <p>Se ayudara a la familia a responder al dolor del paciente de forma colaboradora:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Se proporcionara información precisa sobre la percepción y terapia del dolor del cliente.b. Se proporcionara la oportunidad a las personas de apoyo para discutir sus preocupaciones y temores.			
--	--	--	--	--

Objetivo: Ayudar al paciente a tratar de aceptar y de superar la pérdida del producto o de su bebe.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Duelo disfuncional relacionado con pérdida real del producto, manifestado por tristeza, llanto y expresión de sufrimiento.</p>	<p>ID ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.</p> <p>Planificar el tiempo para estar disponible para el paciente. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas, como la escucha atenta, el silencio, el ofrecimiento de pistas generales, la utilización de preguntas abiertas. Respetar los valores raciales, culturales, religiosos, y personales del paciente/familia en sus expresiones de duelo. Asegurar al paciente que los sentimientos y las reacciones intensas son</p>	<p>La pérdida es una situación real o potencial en la que algo que es valorado cambia, deja de estar disponible o desaparece. La muerte es una pérdida fundamental, tanto para la persona que muere como para los que sobreviven. A pesar de que la muerte es inevitable para todos los seres humanos, es una experiencia solitaria a la que finalmente cada persona hace frente sola. Los tipos generales de pérdidas, las reales y las percibidas. El duelo es la respuesta total a la experiencia emocional</p>	<p>Dedicarle tiempo para escucharle sobre sus sentimientos por la pérdida de su bebe. Informarle sobre el conocimiento del proceso de duelo, para que así comprenda que el pensamiento y el sentimiento son normales y aceptados. Permitirle al paciente a que exprese el duelo con sus familiares, amigos y a las personas de apoyo.</p>	<p>Expreso los pensamientos y los sentimientos relacionados con la pérdida. Describió el significado personal de la pérdida o la muerte. Expreso el duelo. Identificó las fases del proceso de duelo. Compartió los pensamientos y los sentimientos con las personas allegadas.</p>

¹¹ Ibidem. . Pág. 909.

¹² Ibidem. Pág. 910.

	<p>normales en un principio.</p> <p>D</p> <p>Proporcionar información acerca del proceso de duelo y lo que hay que esperar: esto es, emociones inestables que se estabilizarán a medida que pasa el tiempo, y sentimientos de tristeza, culpabilidad, cólera, temor, soledad.</p> <p>ID</p> <p>Animar al paciente a expresar el duelo con los familiares, los amigos, y las personas de apoyo.</p> <p>Aceptar a la familia del cliente y a las personas de apoyo en su propio duelo y su deseo de ayudar a su ser querido.</p> <p>Proporcionar información sobre los recursos</p>	<p>relacionada con la pérdida. El duelo se manifiesta en los pensamientos, los sentimientos y conductas asociadas con el sufrimiento o la tristeza abrumadores.</p> <p>El duelo es la respuesta normal ante la pérdida, que es esencial para una buena salud mental y física.¹¹</p> <p>Se ha descrito 5 etapas de duelo: negación, cólera, negociación, depresión y aceptación.¹²</p>	<p>Mantuvo unas relaciones personales constructivas.</p> <p>Estableció nuevas relaciones.</p> <p>Selecciono y utilizo los recursos adecuados.</p> <p>Verbalizo una disminución de los síntomas físicos y psicológicos relacionados con el duelo.</p> <p>Verbalizo poder llevar a cabo o intentar reanudar sus actividades cotidianas.</p>
--	---	---	---

	<p>disponibles.</p> <p>Animar al paciente a explorar los grupos de apoyo para los individuos que han sufrido una pérdida similar a la suya (p. ej. Grupos de apoyo para padres que han perdido un hijo).</p> <p>Valorar el bienestar del cliente: las constantes vitales, el apetito, los patrones de sueño, la concentración, el deseo de retomar sus actividades normales.</p> <p>Sugerir que el paciente reanude las actividades normales con un programa que promueva la salud física y psicológica.</p>			
--	--	--	--	--

Objetivo: Tratar de que la paciente disminuya su alto nivel de nerviosismo, inquietud, que le provoca un alto nivel de ansiedad.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado por nerviosismo, inquietud y desconexión.</p>	<p>D</p> <p>Ayudar al paciente a determinar las fuentes de la ansiedad.</p> <p>Ayudar al paciente a determinar el nivel de ansiedad (leve, moderada, grave, pánico).</p> <p>ID</p> <p>Estimular al paciente a verbalizar sus sentimientos y a expresar sus emociones (llorar, gritar).</p> <p>Ayudar al paciente a reconocer sus patrones habituales de afrontamiento</p>	<p>La ansiedad. Esta respuesta frecuente en el estrés es un estado de intranquilidad mental, aprensión, terror, o una sensación de desamparo en relación con una amenaza no identificada, próxima o anticipada.</p> <p>La fuente de ansiedad no es identificable. La ansiedad está relacionada con el futuro, es decir con un suceso previsto; es imprecisa, es el resultado de conflictos psicológicos o emocionales.</p> <p>“La ansiedad se puede manifestar en cuatro niveles diferentes: Ansiedad leve, Ansiedad moderada, Ansiedad severa, pánico.”¹³</p>	<p>Permitirle a la paciente a que exprese su grado de ansiedad, o miedo de acuerdo al problema que está presentando.</p> <p>Informarle sobre las causas de todo el proceso que deberá pasar, logrando su comprensión y disminuyendo su alto grado de ansiedad.</p>	<p>Describió la causa y el nivel de ansiedad.</p> <p>Verbalizo los sentimientos relacionados con la ansiedad.</p> <p>Describió los patrones habituales de afrontamiento.</p> <p>Verbalizo una mejora del bienestar físico y emocional.</p>

¹³ ibidem. Pág. 884.

	<p>y la eficacia de los mismos.</p> <p>Proporcionar seguridad y comodidad.</p> <p>Permanecer al lado del paciente.</p> <p>Dar soporte a sus estrategias de afrontamiento actuales.</p> <p>Hablar lentamente y de forma sosegada.</p> <p>Transmitir la sensación de solicitud y empatía.</p> <p>Reducir la estimulación sensorial.</p>			
--	---	--	--	--

V.- CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson permite al profesional de Enfermería proporcionar cuidados a la persona enferma como a la persona sana, jerarquizando las necesidades mediante una serie de pasos. Disminuyendo así el riesgo de posibles complicaciones y una mejor recuperación en forma integral. El Proceso Atención de Enfermería es flexible, está sujeto a variaciones y se adapta a cada persona, familia o comunidad

El Proceso Atención de Enfermería fundamenta nuestros cuidados y nos permite evaluar el logro de los objetivos del plan de cuidados, con el propósito de mejorar y mantener la salud en lo posible. Es por ello que se aplica este conocimiento para ayudar a Arlenn, porque a través de este método se han podido detectar sus necesidades, las cuales se enfocan principalmente a un problema de afrontamiento individual con respecto al duelo anticipado se proporcionando una información amplia y sencilla, brindando la ayuda necesaria al conocimiento del servicio de tanatología en donde le pueden ayudar a conocer el proceso del duelo , para integrarse a las actividades diarias una vez que haya logrado el afrontamiento, . Cabe mencionar que este Proceso me ha dejado una experiencia única, puesto que es difícil abordar a una persona con problemas de salud pero la motivación optimista de en relación a su padecimiento a permitido evaluar la transformación y aprendizaje en una forma bastante favorable. Cabe mencionar que el proceso no solo ayuda en la recuperación de la salud si no también contribuye al mantenimiento de la misma aplicándose en todos los niveles de atención.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
2. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
3. COLLIERE Françoise M. "Disquisición sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería". En: Antología: "Fundamentación Teórica del cuidado". ENEO – UNAM, México, 2004. PP. 33 – 63.
4. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993: XXVIII.
5. KOZIER Barbara, G. Erb, K. Blais, J.M. Wilkinson, Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. 5ª. Edición, vol. 1 y 2, 2002., editorial Mc Graw Hill. Pags 1569
6. Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
7. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991; 14:62.
8. MONDRAGÓN Castro Héctor. Ginecoobstetricia elemental editorial Trillas, 2ª. Edición 2005. Págs. 451.
9. MARRINER Toney A. Raile Alligood."Definición de enfermería". En: Antología: "Fundamentación Teórica del cuidado". ENEO – UNAM, México, 2004. PP. 828
10. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007 – 2008, editorial ELSEVIER, págs. 357.
11. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.
12. RAMÍREZ Alonso Félix. Obstetricia para la enfermera profesional, editorial Manual moderno, edición 2002, p. 551.