



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A:
MUJER DE 32 AÑOS CON ABORTO INCOMPLETO

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

PRESENTA:

MARICELA JIMENEZ OLIVAN

NO. DE CUENTA

408117469

DIRECTORA ACADÉMICA:

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

[JOJUTLA MORELOS. 2012](#)



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
1. CAPITULO I	8
.1 METODOLOGÍA	8
2. CAPITULO II	9
2.1 MARCO TEORICO	9
2.2. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA	9
2.3. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	9
2.4. CONCEPTO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERA	10
2.5. GENERALIDADES PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	10
2.6. ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	12
2.7. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	19
2.7.1 DEFINICIÓN	22
2.7.2 NECESIDADES BÁSICAS	22
2.7.3 CONCEPTOS BASICOS DE ENFERMERÍA	23
2.7.4 AFIRMACIONES TEÓRICAS	26
CAPITULO III	29
3.1. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	29
3.2 PRESENTACIÓN DEL CASO	30
3.3. VALORACIÓN CON LAS 14 NECESIDADES	31
3.4. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES ALTERADAS	40
3.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	44
3.6. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	47
3.7 PLAN DE ALTA: PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	63
CONCLUSIONES	67
SUGERENCIAS	68
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	

Anexo I GLOSARIO	71
Anexo 2. EVALUACIÓN DEL RIESGO	
Anexo 3. PATOLOGIA	76
3.1 CONCEPTO	76
3.2 FISIOPATOLOGÍA	76
3.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	77
3.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	77
3.5 TRATAMIENTO	77
3.6 COMPLICACIONES	78
Anexo 4 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	83

Introducción

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona, el uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas.

El proceso de enfermería como instrumento de la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

Con el contexto del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método científico que sistematice el trabajo y lleve a la práctica el modelo elegido, en este trabajo incluye el modelo de Virginia Henderson. Para llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería es necesario mantener unas relaciones interpersonales además de conocimientos éticos, legales y comunicación terapéutica con la persona y/o familia.

Consideramos que todos estos elementos son la clave para que pueda llevarse a cabo la relación de ayuda.

Este proceso que a continuación presento esta realizado en base al aborto incompleto, enfocados en ayuda y cuidados humanistas a la persona que responde al nombre de D.D.O. , donde ella podrá tener satisfacción en relación a sus actividades que atribuyen a su salud.

El aborto incompleto sucede cuando el embrión es expulsado, pero parte del producto de la concepción es retenido, casi siempre es el tejido placentario.

Durante este trabajo la persona debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de aborto incompleto y que constituyen una emergencia obstétrica, y por lo tanto acudir oportunamente a su centro hospitalario.

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

En el marco teórico describe el proceso de atención de enfermería en cada una de sus etapas que lo integran exponiendo el modelo de atención de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del metaparadigma de enfermería según Virginia Henderson. En el Proceso Atención de Enfermería se presenta el caso y la valoración de las necesidades básicas donde se establecen los diagnósticos de enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería. (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Durante la realización de este Proceso Atención de Enfermería se actuó de la manera más competente, para darle una buena satisfacción a la persona y en base a las necesidades de salud de la señora D.D.O.

Justificación

El proceso de atención de enfermería es considerado como un modelo sistemático que se lleva a cabo con la finalidad de planear y organizar las necesidades prioritarios del paciente, para brindar una mejor atención de calidad y calidez, bienestar del paciente y familiares.

El presente trabajo se realizo con la finalidad de planear y organizar las necesidades prioritarias de la persona para brindarle una mejor atención de calidad y calidez, bienestar de la persona y familiares.

La salud es una cualidad de vida, básica para el funcionamiento humano, toda persona tiene necesidades físicas, emocionales o sociológicas por lo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia con conocimiento, fuerza o voluntad de manera independiente ya que se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente, por lo que la enfermera debe de asistirlo para lograr satisfacer sus necesidades básicas y mantener la integridad.

La función que distingue a la enfermera es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que atribuyan 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 necesario.

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

El realizar este proceso ha sido de mucha ayuda para mejorar los procedimientos que se realizan y ha aumentado el interés por conocer más a la persona que está al cuidado del personal de enfermería y priorizar las necesidades.

Objetivos

Objetivo General:

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a mujer con aborto incompleto por presentar sangrado transvaginal espontaneo abundante, basado en las ultimas necesidades de Virginia Henderson para otorgar un plan de cuidados.

Objetivos Específicos:

- Identificar las necesidades alteradas en la persona con aborto incompleto a través de la valoración.
- Establecer los diagnósticos de enfermería reales y potenciales por medio de la taxonomía NANDA para priorizar las intervenciones a realizar.
- Aplicar las intervenciones de enfermería llevando a cabo un plan de cuidados de enfermería
- Evaluar los resultados en la persona proporcionando un plan de alta a la persona donde facilite su pronta recuperación.

CAPITULO I

1.1 Metodología

El presente trabajo se realizó en el Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla Morelos, inició con la llegada de la persona al servicio de Modulo Mater, por presentar un sangrado abundante, se solicitó a la señora su autorización para aplicarle el proceso de atención de enfermería informándole en qué consiste y que beneficios va a tener, a lo cual aceptó verbalmente.

Posteriormente se recolectaron los datos objetivos como subjetivos, para valorar las condiciones de la paciente a través de una entrevista realizada, se establecieron los diagnósticos de enfermería con la taxonomía de la NANDA, en orden prioritario tanto reales como potenciales, estos se analizaron con el modelo de Virginia Henderson.

En la etapa de planeación se elaboró el plan de cuidados, con los resultados esperados del NOC (clasificación de los resultados esperados) así como las intervenciones y actividades de enfermería, llevando a cabo un plan de cuidados individualizado.

Y finalmente en la etapa de evaluación registramos el estado obtenido con la aplicación del plan de cuidados en la persona. Dándole un seguimiento con visitas domiciliarias para vigilar su mejoría.

2. CAPITULO II

2.1 Marco Teórico

2.2 Definición de Enfermería

Enfermería es el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral donde el propósito de 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 infra o extra hospitalario. Phaneuf Margot.1993

Definición de Enfermería

Asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación. Virginia Henderson

Definición de Enfermería

Es ayudar a la persona que se cuida a alcanzar el estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos. Callista Roy

2.3 Proceso Atención de Enfermería

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 tres 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 actualidades al añadir la etapa diagnostica. Como todo método configura un numero de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, teniendo carácter metodológico, consta de cinco etapas: valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación. Phaneuf Margot. ,1993

2.4 Concepto del Proceso Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas 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.

2.5 Generalidades del Proceso Atención de Enfermería

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 cinco 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 modelos de enfermería.

Interactivo:

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

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería el cual permite a las enfermeras 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 humana, 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 la salud hasta el máximo de sus capacidades. Rodríguez S. B. A.(2006).

Pensar en la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil, la habilidad normal de una persona para cuidar de sí 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
- Mejora su calidad de atención
- Sirve como instrumento de unión entre la teoría y la practica
- Puede servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación.

Ventajas para el paciente:

- Mejora en la calidad de atención
- Garantiza la calidad de cuidados de enfermería
- Participación en su autocuidado
- Continuidad en su atención Cárdenas J. M(2006).

2.6 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

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 la que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

2.-Diagnóstico: 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 o enfermo.

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 practica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

Desarrollo de las etapas del proceso atención de enfermería

Valoración:

Es la primera etapa 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 con los que cuenta, 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 identificación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

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

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 14 necesidades de Henderson.

Los patrones fundamentales de la salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son consideradas 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.

Diagnóstico de enfermería

Es la segunda etapa 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 diagnóstico 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 diagnóstico:

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

El razonamiento diagnóstico: es la aplicación del pensamiento crítico a la solución del problema. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico 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 diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas 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 diagnóstico 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 diagnóstico enfermero de riesgo: describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo a 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 diagnóstico real que se formula cuando la persona la familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bien estar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Los problemas interdependientes 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.

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

- Continua 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 permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados en dos factores de motivación, al generar numerosas acciones en las enfermeras(os).

Resultados específicos

Son los instrumentos de medición del plan de cuidados. El éxito del plan de cuidados depende si se alcanzaron los resultados esperados.

Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados a conseguir y luego como se conseguirán.

Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ellos.

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, cuatro dígitos, los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado y las escalas van codificadas con letra. Fernández. B (2006).

Ejecución

En la cuarta etapa del plan de cuidados, es el momento en que se pone en práctica el plan de cuidados 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:

- Continuar con la recolección y la valoración de los datos
- 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 12,000 actividades.

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, comunidad y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita realizar modificaciones necesarias. Rodríguez S.B.(2006) .

Según Henderson nos ayuda a determinar los criterios que nos indicaran 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 más rápido posible. 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 dos partes: Fernández F. C(1995).

- 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 esperados. Rosales B. S.(2006).

2.7 Modelo 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 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. 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.

Los postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson son:

- 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.

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 octava y la novena están relacionadas con la seguridad, y la decima relacionada con la propia estima, la onceava relacionada con la pertinencia y la doceava a la catorceava relacionadas con la autorrealización.

De acuerdo a 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 crecimiento. Fernández F.C (1995).

El modelo conceptual de Virginia Henderson es la organización conceptual de los cuidados enfermeros, basado en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

En la definición de su modelo, Henderson ha escrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano considerado como ser psicosocial y espiritual, que se caracteriza por sus catorce necesidades fundamentales.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas la autora identifica catorce 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 esta 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 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.

Niveles de dependencia/independencia

Independencia			Dependencia		
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por si misma las necesidades de modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis de ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

2.7.1 Definición:

"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". Virginia Henderson (1995).

2.7.2 Necesidades Básicas

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

2.7.3 Conceptos Básicos de Enfermería

Concepto diagnóstico:

El concepto diagnóstico es el componente principal del diagnóstico. El concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de una palabra (p. ej., tolerancia a la actividad) cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si todas fueran un solo término; el significado es distinto del de las palabras por separado. En algunos casos se añade un adjetivo (p. ej., espiritual) al nombre (p. ej., sufrimiento) para formar el concepto diagnóstico de sufrimiento espiritual.

NANDA -2010

Diagnóstico enfermero:

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990) NANDA -2010

Diagnóstico enfermero real:

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. NANDA -2010

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud:

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren nivel específico de bienestar establecido. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo

con el individuo, familia o comunidad para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados. NANDA -2010.

Diagnóstico enfermero de riesgo:

Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables, está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. NANDA -2010

Diagnóstico enfermero de salud:

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar a un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionados. NANDA -2010

Etiqueta diagnóstica:

Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores. NANDA -2010.

Definición:

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares. NANDA -2010

Características definitorias:

Clave o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud. NANDA -2010

Factores de riesgo:

Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable. NANDA -2010.

Factores relacionados:

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados. NANDA -2010.

Clasificación:

Disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características que tienen en común. NANDA -2010

Nomenclatura:

Sistema de designaciones (términos) elaborado según unas reglas preestablecidas (American Nurses Association, 1999) NANDA -2010 .

Taxonomía:

Clasificación según las supuestas relaciones naturales entre los tipos y subtipos (American Nurses Association, 1999) NANDA -2010.

Salud:

Respeto a la salud, considerado como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social. NANDA -2010

Enfermería:

Sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo. Callista Roy

Proceso de enfermería:

Método sistemático y organizado con base en la solución de problemas para administrar cuidados de enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales del individuo, familia y comunidad. NANDA -2010

2.7.4 Afirmaciones Teóricas

- 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.

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.

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.

- 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. Fernández F(1995).

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 términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda y en forma continua, los 14 componentes básicos de los cuidados de enfermería. Equipara salud con la independencia, dependencia y causas de la dificultad o 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 sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus 14 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 sí mismo.

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

3. Capítulo III

3.1 Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

Ficha de identificación

Nombre: D.D.O.

Edad: 32 años

Peso: 62kg

Talla: 1.50cm

Fecha de nacimiento: 20/junio/1977

Sexo: femenino

Ocupación: ama de casa escolaridad: 5°de primaria

Fecha de admisión: 6-junio-2011

Hora: 17:00 hrs.

Procedencia: Tlaquiltenango mor.

Fuente de información: directa, fiabilidad

Persona responsable: esposo.

3.2 Presentación del Caso

Se trata de mujer D.D.O. de 32 años de edad con aborto incompleto refiriendo embarazo de 13 semanas de gestación que acude al Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román comunitario de Jojutla Morelos , el día 6 de junio del 2011 a las 17 hrs. por presentar sangrado transvaginal espontaneo abundante y continuo con coágulos, el cual tiene un inicio aproximadamente de 2 hrs, refiriendo D.D.O. dolor abundante en abdomen, y es traída por su esposo.

Se observa decaída, pálida, angustiada, con deshidratación y diaforesis, no auscultando foco fetal a la exploración física.

3.3 Valoración con las 14 necesidades con el Modelo de Virginia Henderson

1.- Necesidad de oxigenación

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: pulso de 82 x', Frecuencia respiratoria 26 x', temperatura de 37 ° C, presión arterial 110/70. Estado de conciencia consiente, nerviosa, orientada.

Coloración de piel/lechos inguinales/ peri bucal: palidez facial con buen llenado capilar de 3 segundos, circulación del retorno venoso sin ningún problema. Campos pulmonares ventilados, con ruidos cardiacos rítmicos.

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: la hiperventilación debido al dolor, tos productiva/seca, nunca cocino con leña, dolor asociado con la respiración: debido al dolor en hipogastrio. Fumador: no.

Fuerza de dificultad moderada por fuerza de voluntad y falta de conocimiento

Grado de dependencia: 3

2.- Nutrición e hidratación

Datos Objetivos:

Peso de 62 kg, talla de 1.50 IMC 52 kg. Hemoglobina de 12, hematocrito de 39.1.

Turgencia de la piel: se encuentra seca y pálida

Membranas mucosas hidratadas, regularmente hidratadas, cabello delgado de color negro y quebradizo, uñas cortas y limpias, dientes blancos sin apariencia de caries, encías rosadas.

Se encuentra alerta con palidez de tegumentos, ella refiere no satisfacer su apetito, come entre comidas, su alimentación es deficiente en aporte proteico y vitamínico, ingiere poco agua y tiene exceso de peso.

Datos Subjetivos:

Dieta habitual: a base de carbohidratos, bajo en aporte proteico y vitamínico a base de tortilla, frijol, refresco, carne tres veces a la semana, frutas y verduras una vez a la semana. Realiza tres comidas diarias.

Trastornos digestivos. Peristaltismo disminuido, padece seguido de estreñimiento.

Alergias: no refiere. Problemas de masticación y deglución: es adecuada su vida es sedentaria no práctica ejercicio.

Fuente de dificultad: grave

Grado de dependencia: 4

3.- Necesidad de eliminación

Datos Objetivos:

Abdomen/características: panículo 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.

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: ligero estreñimiento desde hace un año sin tratamiento.

Características de las heces, orina y menstruación. Heces duras y secas de color café, la orina es concentrada con dolor al orinar y sensación de no terminar su micción. Su menstruación es rítmica de 30x3, sin dolor en este momento refiere tener bastante sangrado transvaginal con coágulos y dolor debido al aborto incompleto.

Fuente de dificultad. Moderado.

Grado de dependencia: 3.

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

Datos Objetivos:

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

Postura: antialgica.

Ayuda para la deambulacion: apoyada en su esposo.

Dolor con el movimiento: tipo cólico en hipogastrio con irradiación hacia región lumbosacra, abdominal en hipogastrio.

Presencia de temblores: ninguno. Estado de conciencia: orientada y consiente. Estado emocional: por el momento ansioso, nervioso.

Datos Subjetivos:

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

Capacidad física cotidiana: refiere incapacidad física.

Actividades de tiempo libre: practica el tejido y bordado.

Hábitos de descanso: realiza siestas por la tarde

Hábitos de trabajo: le gusta mantener su casa limpia

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

5.- Necesidad de reposo y sueño

Datos Objetivos: Estado mental: integro, situado en las tres esferas tiempo lugar y espacio. Lenguaje: lenguaje claro y coherente.

Ojeras: ligeramente marcadas por insomnio.

Atención: si tiene buena atención. Bostezos: no. Concentración: adecuada. Apatía: ningunas. Cefaleas: muy esporádicas. Respuestas a estímulos: duerme bien sin ninguna alteración.

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: de 16:00hrs. A 18:00 hrs. Horario de sueño: de 22:00 a 7:00 am. Horario de descanso: dos horas diarias. Horario de sueño: de 8 a 9 hrs. Siesta: por las tardes. ¿Padece insomnio?: duerme perfectamente.

¿Se siente descansada al levantarse?: si perfectamente y puede continuar sus labores.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

6.- Necesidad de higiene y arreglo personal

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: consiente 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 inadecuado: no estado de uñas: sin problemas.

Datos Subjetivos:

¿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 forma 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 pues su religión es católica y no le impide su religión que ella se vista a su gusto.

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

Fuente de dificultad: paralelamente moderado.

Grado de dependencia: 2

7.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Datos Objetivos:

Aspectos generales: sucia y piel seca. Olor corporal: a colonia. Halitosis: si

Estado del cuero cabelludo: reseco

Lesiones dérmicas, tipo: los pies se notan con resequedad

Datos Subjetivos:

Frecuencia de aseo: cada 24 horas.

Momento preferido para el baño: por las noches

Aseo bucal al día: dos 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.

Fuente de dificultad: paralelamente moderado

Grado de dependencia: 2

8.- Necesidad de mantener temperatura corporal estable

Datos Objetivos:

Características de la piel: transpiración: suda por las tardes o cuando hace sus labores domesticas. Condiciones del entorno físico: casa construida de tabique y cemento

habitabile con dos cuartos grandes, y dos ventanas, un baño, hace mucho calor y cuentan con ventilador ambiental.

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: es adaptable al clima, refiere que suda mucho pero lo tolera, prefiere las épocas de lluvia o frio.

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

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

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

9.- Necesidad de evitar peligros

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: ninguno.

Condiciones del ambiente en el hogar: es caluroso pero lo tolera

Trabaja o no trabaja: si, en el hogar.

Datos Subjetivos:

Que miembros componen su familia de dependencia: esposo e 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.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

10.- Necesidad de comunicación

Datos Objetivos:

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 estas más cercanos, esposo e hijos. Otros: padres de él y hermanos solo en vacaciones los visitan por encontrarse fuera del estado.

Datos Subjetivos:

Estado civil: casada. Vive con: su esposo. Preocupaciones/ estrés: ninguno. Familiares: no. Rol en la estructura familiar: comunicación verbal directa abierta y clara.

Comunica sus problemas debido a la enfermedad: si tiene apoyo de sus padres su esposo.

¿Cuánto tiempo pasa sola?: nunca siempre está acompañada de su esposo e hijos.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

11.- Necesidad de creencias y valores

Datos Objetivos:

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

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

Datos Subjetivos:

Creencias religiosas: católica.

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

Principales valores de su familia: hay 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.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Datos Objetivos:

Estado emocional, calmado, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: es calmada, sabe resolver sus problemas.

Datos Subjetivos:

¿Trabajas actualmente?: si tipo de trabajo: ama de casa.

Riesgos: en la cocina. Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 8 horas,

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

13.- Necesidad de recreación

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: es completa. Rechaza las actividades recreativas: si

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo? Es participativo.

Datos Subjetivos:

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

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? Si en el centro recreativo de su comunidad.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? Si en juguetería.

Fuente de dificultad: leve

Grado de dependencia: 1

14.- Necesidad de aprendizaje:

Datos Objetivos:

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. Conocimientos sobre su salud/ enfermedad: es un poco deficiente.

Datos Subjetivos:

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 y su biblia

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? Si en centros de salud y 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 frío y el calor.

Sabe cómo utilizar las fuentes de apoyo: si.

3.4 Valoración de las Necesidades Alteradas

Se trata de mujer D.D.O. De 32 años de edad con aborto incompleto que acude al servicio de Modulo Mater, a las 17:00 hrs del día 6 de junio del 2011, por presentar sangrado transvaginal espontaneo con coágulos abundante y continuo, el cual inicio hace aproximadamente dos horas. Refiriendo D.D.O. dolor abundante en abdomen, no auscultando foco fetal a la exploración física. A su ingreso se encuentra consciente, orientada, con los siguientes signos vitales T/A 110/70, FR 26 x minuto, FC 82 x minuto, temperatura de 37 °C, campos pulmonares ventilados, cardiorespiratorio y nervioso sin compromiso.

Se observa nerviosa, decaída facies de dolor, miedo, pálida, angustiada, con deshidratación y diaforesis, no auscultando foco fetal a la exploración física.

Abdomen globoso peristaltismo disminuido, con dolor a la palpación, refiere estreñimiento con heces duras y secas, movilidad disminuida, pelo y piel descuidado, con uñas cortas, pies sucios y agrietados.

A las 17:40 hrs se realizaron estudios de laboratorio como BH: 12.0mg, QS, TP: 12.5 segundos, TPT: 33.6 segundos, Grupo y Rh: "O" positivo, glucosa de 89 mg, HCT: 39.1, Plaquetas 306 mm, y Ultrasonografía obstétrica.

Dx: embarazo de 13 semanas de gestación mas aborto incompleto.

Se mantiene en el servicio de Modulo Mater para realizar valoración constante de contracciones uterinas, dilatación cervical y presencia de sangrado, así como canalizar una vena periférica para rehidratarla por venoclisis con solución hartman de 1000 p/ 8 hrs. se mantiene actualmente en reposo en cama posición semiflower en ayuno, esperando tiempo quirúrgico para ingresar al servicio de quirófano para que se le realice un LUI.

1.-Necesidad de Oxigenación.

- Deterioro del intercambio gaseoso manifestado por disnea caracterizado con la hiperventilación.

Grado de dependencia: I

2.- Necesidad de nutrición/hidratación:

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

Grado de dependencia: II

3.- Necesidad de eliminación:

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

Grado de dependencia: II

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

- 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 con el reposo en cama manifestada por cansancio.

Grado de dependencia: II

5.- Necesidad de descanso y sueño:

- Necesidad no alterada.

Grado de dependencia: I.

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

- Necesidad no alterada.

Grado de dependencia.: I.

7.- Necesidad de higiene y protección de la piel:

- Déficit del auto cuidado personal caracterizado por incapacidad de completar actividades de baño e higiene.

Grado de dependencia: I.

8.- Necesidad de mantener temperatura corporal estable.

- Necesidad no alterada

Grado de dependencia: I.

9.- Necesidad de evitar peligros:

- Duelo relacionado a la anticipación de la pérdida de una persona significativa manifestado por tristeza.
- Dolor agudo relacionado con la contracción uterina, tono , duración manifestado con endurecimiento del abdomen.

- Ansiedad relacionada con estado incierto del embarazo manifestado por nerviosismo.

Grado de dependencia: III.

10.- Necesidad de comunicarse:

Necesidad no alterada.

Grado de dependencia: I.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Necesidad no alterada.

Grado de dependencia: I.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse:

Necesidad no alterada.

Grado de dependencia: I

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

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

Grado de dependencia: II.

14.- Necesidad de aprendizaje:

- Conocimientos deficientes relacionados por la mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema.
- Conocimientos deficientes caracterizados por comportamientos inapropiados relacionados a falta de interés en el aprendizaje.

Grado de dependencia: II.

3.5 Diagnósticos de Enfermería.

Necesidad de Oxigenación.

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Deterioro del intercambio gaseoso manifestado por disnea caracterizado con la hiperventilación.

Necesidad de Nutrición e hidratación:

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso relacionado con alimentarse 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 de Eliminación.

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ 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 pérdida de orina antes de llegar al inodoro.
- ❖ Estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos manifestado por heces duras.

Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ 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 de Descanso y sueño:

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Trastorno del patrón del sueño caracterizado por quejas verbales de no sentirse bien descansado relacionado al exceso de iluminación.

Necesidad de Uso de prendas de vestir adecuadas:

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Déficit de autocuidado personal caracterizado por higiene personal inadecuada relacionado al estilo de vida.

Necesidad de Higiene y protección de la piel

Diagnóstico de enfermería:

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

Necesidad de Mantener la temperatura corporal estable

Diagnóstico de enfermería:

- Riesgo de la termorregulación ineficaz caracterizado por aumento de la temperatura corporal relacionado a su enfermedad.

Necesidad de Evitar peligros

Diagnóstico de enfermería:

- Duelo relacionado a la anticipación de la pérdida de una persona significativa, manifestado por tristeza.
- Dolor agudo relacionado con la contracción uterina, tono, duración manifestada con endurecimiento del abdomen.
- Ansiedad relacionada con estado incierto del embarazo manifestado por nerviosismo.

Necesidad de Comunicarse

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Deterioro de la comunicación verbal, relacionado a la dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual relacionado a la alteración del autoestima.

Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas relacionado a transiciones vitales.

Necesidad de Trabajar y realizarse

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Afrontamiento familiar incapacitante caracterizado por realización de las actividades relacionado por discrepancia de los estilos de afrontamiento de la persona significativa y del cliente para hacer frente a las tareas adaptativas

Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas

Diagnóstico de enfermería:

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

Necesidad de Aprendizaje

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Conocimientos deficientes relacionados por la mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema

3.6 Planeación, Ejecución y Evaluación

Necesidad de: respirar adecuadamente (oxigenación)

Deterioro del intercambio de gases

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 4 función respiratoria

Definición: exceso o déficit en la oxigenación y la eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolar capilar.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio gaseoso manifestado por disnea caracterizado con la hiperventilación.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): estado respiratorio intercambio gaseoso (0402)

Dominio: salud fisiológica

Clase: cardiopulmonar (E)

Escala: desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

Definición: intercambio alveolar del CO₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales

Indicador: 040208 presión parcial en la sangre arterial.

Escala de Medición: desviación sustancial del rango normal

Puntuación diana: mantener a 2 y aumentar a 5

Intervenciones (NIC): ayuda a la ventilación (3390)

Definición: estimulación de un esquema respiratorio espontaneo optimo que aumente el intercambio de oxigeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades:

- ❖ Mantener una vía permeable aérea
- ❖ Colocar a la persona en posición semifowler para ayudarle a que alivie la disnea.
- ❖ Fomentar una respiración lenta y profunda.

Evaluación: La señora D.D.O. comprendió que con una buena posición y técnicas de respiración se controla periódicamente el estado respiratorio.

NANDA 2009-2011, NIC Y NOC

Necesidad de: evitar riesgos y peligros (Dolor agudo)

Dominio: 12 confort

Clase: 1 confort/físico

Definición:

Experiencia sensitiva emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (internacional association for the study on pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses.

Diagnóstico de enfermería: dolor abdominal agudo relacionado por incapacidad física, manifestado por expresión abatida, movimientos físicos o escasos quejidos.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): control del dolor (1605)

Definición: acciones personales para controlar el dolor.

Dominio: conocimiento y conducta de la salud (IU)

Clase: conducta de salud (Q)

Escala: nunca demostrado hasta siempre demostrado

Indicador: 160502 reconoce el comienzo del dolor

Escala de Medición: a veces demostrado

Puntuación diana: mantener a 3 aumentar a 5

Intervenciones (NIC): manejo del dolor (1400)

Concepto: alivio del dolor o disminución a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos

Fomentar periodos de descanso/ sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

Evaluación: La señora D.D.O. logra disminuir su dolor con ejercicios de respiración.

Necesidad de: evitar peligros en el entorno (duelo)

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.

Diagnóstico de enfermería: duelo anticipado relacionado con la perdida previsible del hijo no deseado.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): definición afrontamiento de los problemas familiares (2600)

Dominio: salud familiar (VI)

Clase: bienestar familiar (X)

Escala: nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Definición: acciones de la familia para controlar los factores de estrés antes que comprometan los recursos de la familia.

Indicador: 260007 expresa libremente sentimientos y emociones.

Escala de medición: frecuentemente demostrado.

Puntuación diana: mantener a 4 y aumentar a 5

Intervenciones (NIC): terapia familiar (7150)

Definición: ayuda a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor

Actividades: ayudar a los familiares a comunicarse más efectivamente.

- ❖ Facilitar estrategias para ayudar a reducir el estrés.
- ❖ Proporcionar educación e información adecuada sobre su padecimiento.
- ❖ Compartir un buen plan de terapia con la familia

Evaluación: la señora D.D.O acepta que tiene que pasar por este duelo pero acompañada de sus familiares cooperando para lograr superar esta pérdida

Necesidad de: evitar riesgos y peligros (sangrado)

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 4 respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición: riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud

Diagnóstico de enfermería: riesgo de disminución del volumen sanguíneo relacionado a retención de restos por aborto incompleto.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): severidad de pérdida de sangre (0413)

Dominio: salud fisiológico (II)

Clase: cardiopulmonar (Z)

Escala: grave hasta ninguno

Definición: gravedad del sangrado/hemorragia interna o externa

Indicador: 041301 perdida sanguínea visible.

Escala de medición: severidad de la pérdida de sangre.

Puntuación diana: mantener a 2 aumentar a 5

Intervenciones (NIC): control de hemorragias (4160)

Definición: disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre.

Actividades:

- ❖ Identificar la causa de la hemorragia
- ❖ Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre
- ❖ Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción de los sucesos.

Evaluación: la señora D.D.O obtuvo conocimientos sobre su aborto incompleto, comprendiendo todo el proceso que vivió durante el mismo, comprometiéndose a llevar todos los cuidados prescritos para evitar que le vuelva a suceder.

Necesidad de: deterioro de la movilidad física (movilidad)

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 2 actividad/ejercicio

Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Diagnóstico de enfermería: deterioro de la movilidad física, relacionado por la intolerancia a la actividad manifestada por la limitación de la amplitud de movimientos.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): conocimiento actividad prescrita (1811)

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimiento sobre salud

Escala: ningún conocimiento hasta conocimiento extenso

Definición: magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescritos.

Indicador: 181101 actividad y ejercicio prescrito

Escala de medición: conocimiento escaso hasta conocimiento sustancial.

Puntuación diana: mantener a 2 aumentar a 4

Intervenciones (NIC): cuidados del paciente encamado (0740)

Definición: fomento de la comodidad de la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama

Actividad:

- ❖ explicar en forma específica las razones del reposo en cama
- ❖ colocar al paciente con una alineación corporal adecuada
- ❖ mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.

Evaluación: la señora D.D.O 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.

Necesidad de: Ansiedad

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2 respuesta de afrontamiento

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de mal estar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es ineficaz o desconocida para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Diagnóstico de enfermería: sensación vaga e intranquilizadora caracterizada por incertidumbre, angustia y temor relacionada al cambio del estado de salud.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): aceptación del estado de salud (1300)

Dominio: salud psicosocial (III)

Clase: adaptación psicosocial (N)

Escala: (S) nunca demostrado hasta siempre demostrado (M)

Definición: reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

Indicador: 130008 reconocimiento de la realidad de la situación de la salud

Escala de medición: frecuentemente demostrado hasta raramente demostrado

Puntuación diana: mantener a 4 y aumentar a 2

Intervenciones (NIC): disminución de la ansiedad (5820)

Definición: minimizar la aprensión temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- ❖ utilizar un enfoque sereno que le de seguridad a la persona
- ❖ permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- ❖ crear un ambiente agradable que facilite la confianza.

Evaluación: la señora D.D.O. logra disminuir su ansiedad con un enfoque de seguridad facilitando la confianza.

Necesidad de: Discomfort

Dominio: 12 confort

Clase: 1 confort físico

Definición: percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespirituales, ambiental y social.

Diagnóstico de enfermería: discomfort físico caracterizado por llanto, temor y falta de satisfacción con la situación.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): creencias sobre la salud. Percepción de amenaza (1704)

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: creencias sobre la salud (R).

Escala: muy débil hasta muy intenso.

Definición: convicción personal de que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida.

Indicador: 170404 preocupación sobre enfermedad o lesión

Escala de medición: muy intenso hasta muy débil.

Puntuación diana: mantener a 5 y aumentar a 1.

Intervenciones (NIC): aumentar el afrontamiento (5230)

Definición: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

- ❖ valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones
- ❖ alentar al paciente a encontrar una descripción realista
- ❖ utilizar un enfoque sereno de reafirmación
- ❖ ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

Evaluación: La señora D.D.O. aprendió a valorar el grado de acontecimiento obteniendo una satisfacción de adaptación.

Necesidad de: Comer y beber adecuadamente (nutrición e hidratación)

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Definición: riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Diagnóstico de enfermería: riesgo de desequilibrio nutricional por exceso relacionado a comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (malos hábitos alimenticios).

Planeación:

Resultados esperados (NOC): conocimiento: manejo del peso (1841)

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimiento sobre salud (S)

Escala: ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (U)

Definición: grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el género y la salud.

Indicador: 184106 riesgo de salud relacionado con el sobrepeso

Escala de medición: conocimiento escaso hasta conocimiento sustancial.

Puntuación diana: mantener a 2 y aumentar a 4

Intervenciones (NIC): asesoramiento nutricional (5246)

Definición: utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta

Actividades:

- ❖ determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente
- ❖ facilitar la identificación de las conductas alimenticias que se desean cambiar
- ❖ determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.
- ❖ Ayudar a la paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas.

Evaluación: comprendió la importancia de la ingesta de líquidos adecuados.

Necesidad de: eliminación de los desechos del organismo (Estreñimiento)

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 2 función gastrointestinal

Definición: reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Diagnóstico de enfermería: estreñimiento relacionado por la baja ingesta de líquidos y fibra manifestado por heces duras.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): eliminación intestinal (0501))

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: eliminación (F)

Escala: gravemente comprometido hasta no comprometido y grave hasta ninguno

Definición: formación y evacuación de heces

Indicador: 050105 heces blandas y formadas

Escala de medición: sustancialmente comprometido hasta no comprometido

Puntuación diana: mantener a 2 y aumentar a 5

Intervenciones (NIC): manejo del estreñimiento/impactación (0450)

Definición: prevención y alivio del estreñimiento/impactación

Actividades:

- ❖ Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento
- ❖ Vigilar la presencia de peristaltismo
- ❖ Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicada
- ❖ Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra si procede

Evaluación: la señora D.D.O. podrá realizar sus evacuaciones sin ninguna molestia, comprendió la importancia de la ingesta suficiente de líquidos así como el aporte de fibra.

Necesidad de: eliminar los desechos del organismo (eliminación)

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 1 función urinaria

Definición: disfunción en la eliminación urinaria.

Diagnóstico de enfermería: deterioro de la eliminación urinaria relacionada por infección del tracto urinario manifestado por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): continencia urinaria (0502)

Dominio: salud fisiológica (I)

Clase: eliminación

Escala: nunca demostrado hasta siempre demostrado (m) y siempre demostrado hasta nunca demostrado.

Definición: control de la eliminación de orina de la vejiga.

Indicador: 050207 pérdidas de orina entre micciones.

Escala de medición: siempre demostrado hasta rara mente demostrado.

Puntuación diana: mantener a 1 y aumentar a 4.

Intervenciones (NIC): cuidados de la incontinencia urinaria (0610)

Definición: ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- ❖ Proporcionar una intimidad para evacuación
- ❖ Se proporciona explicación de la etiología del problema y el fundamento de los acciones
- ❖ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- ❖ Ayudar a limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares

Evaluación: la persona aprendió los cuidados esenciales para controlar la eliminación urinaria.

Necesidad de: Mantener la higiene personal

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 5 autocuidado

Definición: deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene

Diagnóstico de enfermería: déficit del autocuidado personal por la imposibilidad de movilizarse manifestado por cansancio.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): autocuidado: actividades de la vida diaria (0300)

Dominio: salud funcional (I)

Clase: autocuidado (D)

Escala: gravemente comprometido hasta no comprometido

Definición: capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicador: 030003 uso del inodoro

Escala de medición: moderadamente comprometido hasta no comprometido

Puntuación diana: mantener a 3 y aumentar a 5

Intervenciones (NIC): enseñanza individual (5606)

Definición: planificación puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente

Actividades:

- ❖ Valorar el nivel educativo del paciente
- ❖ Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas.
- ❖ Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje según proceda

Evaluación: la señora D.D.O. acepta el apoyo del personal de salud para cubrir sus necesidades de higiene personal

Necesidad de: conocimientos deficientes (Estudiar)

Dominio: 5 percepción/cognición

Clase: 4 cognición

Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Diagnóstico de enfermería: conocimientos deficientes relacionados por la mala interpretación de la información manifestada por verbalización del problema.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): conocimiento: conducta sanitaria (1805)

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimiento sobre salud

Escala: (S) ningún conocimiento hasta conocimiento externo

Definición: grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.

Indicador: 180514 medidas para prevenir la transmisión de enfermedades

Escala de medición: conocimiento escaso hasta conocimiento sustancial

Puntuación diana: mantener a 2 y aumentar a 4

Intervenciones (NIC): asesoramiento antes de la concepción (5247)

Definición: analizar y proporcionar información y apoyo a las personas en edad fértil antes del embarazo para fomentar la salud y reducir riesgos.

Actividades:

- ❖ Proporcionar información relacionada con los factores de riesgo
- ❖ Remitir a consulta genética para los factores de riesgo genéticos
- ❖ Realizar las pruebas de diagnóstico prenatales necesarias para determinar factores de riesgo genéticos, médicos u obstétricos.
- ❖ Realizar consulta para evitar el embarazo hasta que se haya administrado el tratamiento adecuado.

Evaluación: la señora D.D.O. obtuvo conocimientos 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.

Necesidad de: comunicarse

Dominio: 5

Clase: 5 comunicación

Definición: disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Diagnóstico de enfermería: deterioro de la comunicación verbal manifestado por la verbalización inapropiada relacionada a la falta de información.

Planeación:

Resultados esperados (NOC): comunicación expresiva (0903)

Dominio: salud fisiológica (I)

Clase: Neurocognitiva (I)

Escala: (s) gravemente comprometido hasta no comprometido

Definición: expresión de mensajes verbales y/o no verbales consentido.

Indicador: 090302

Escala de medición: gravemente comprometido hasta no comprometido.

Puntuación diana: mantener a 3 y aumentar a 5.

Intervenciones (NIC): apoyo emocional (5270)

Definición: proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.

Actividades:

- ❖ Comentar la experiencia emocional con el paciente
- ❖ Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones
- ❖ Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira, o tristeza
- ❖ Escuchar las expresiones de sentimiento y creencias.

Evaluación: la señora D.D.O. pudo entender cómo expresarse y comunicarse con palabras adecuadas y así obtener una buena comunicación

3.7 Plan de Alta: Programa de Educación para la Salud

Es de suma importancia educar a las personas para que puedan conocer los aspectos importantes de su recuperación, para que así puedan llevar a cabo su evaluación con éxito.

- 1.- información oportuna sobre el riesgo de un embarazo próximo
- 2.- información adecuada sobre planificación familiar
- 3.- se oferta método anticonceptivo DIU.

Los métodos temporales son buenos para las personas que quieren esperar más tiempo entre los embarazos o posponerlo.

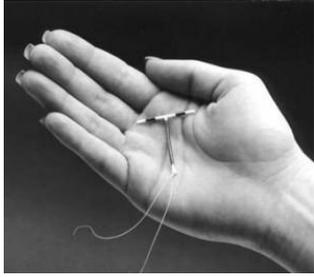
A D.D.O. se la recomienda un método de barrera debido a la edad que tiene y por su procedimiento realizado.

El Dispositivo intrauterino (DIU) es un producto sanitario que, mediante la colocación en el interior del útero de un dispositivo plástico con elementos metálicos (ej. cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta en gran medida la fecundación, así como la implantación del óvulo fecundado. Su duración es de 3 a 5 años. El DIU, tiene una eficacia del 98%.

La T de cobre es un pequeño lazo o espiral de cobre o progesterona que se inserta en el útero, para impedir la implantación del óvulo fecundado en la pared uterina y evitar el movimiento de los espermatozoides.

Este está hecho de plástico envuelto en cobre. También se fabrican recubiertos de plata o de oro.

Este método tiene una efectividad del 99.7%. Debe ser colocado por un médico, después del último periodo menstrual.



Ventajas	Desventajas
Puede usarse hasta por cinco años consecutivos.	Tiene que ser insertado por un médico.
No tiene efectos hormonales secundarios.	Puede producir algunos efectos secundarios: dolores de espalda, calambres, inflamación pélvica, inflamación del cuello uterino.
En escasas ocasiones interfiere en las relaciones sexuales.	No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.	Es un método caro.
Puede ser usado durante la lactancia.	Sólo está permitido para mujeres que hayan tenido un hijo por lo menos.
	Posible expulsión durante los primeros meses de uso.
	Puede producir ciclos menstruales irregulares y dolorosos.

Cuidados:

- Guardar reposo relativo
- Aseo personal diario
- Tomar antibiótico y analgésico indicado
- Descansar mínimo 8 horas

Puede presentar dolor leve

- El sangrado a goteo disminuirá progresivamente
- Recibir orientación sobre un embarazo inmediatamente
- Evitar tener relaciones hasta que cese el sangrado

Nutrición alimenticia:

Dieta blanda rica en fibra, sin grasa ni irritantes.

Alimentos permitidos:

- carnes blancas
- frutas y verduras
- líquidos
- cereales
- leguminosas
- lácteos

Alimentos no permitidos:

- carnes rojas
- grasa de cerdo
- picantes
- refrescos
- comida chatarra

Identificar señales de alarma como:

- dolor abdominal intenso
- sangrado abundante
- fiebre
- escalofríos
- malestar general
- desvanecimiento

Conclusiones

El proceso atención enfermería es una herramienta que la enfermera cuenta para poder planear y dirigir el proceso del cuidado enfocado a satisfacer las necesidades de las personas y además nos ayuda a identificar y prevenir riesgos que pueda poner en peligro la vida de nuestro paciente de acuerdo a su problema planearemos e iremos modificando el proceso del cuidado para poder ayudar a llevar o salvaguardar la salud y también enseñarle sobre el autocuidado que tendrá después de un padecimiento.

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

Al realizar este proceso atención de enfermería se plantearon objetivos los cuales se cumplieron, logrando resultados satisfactorios para la persona y familia ya que la persona mejoro su estado de salud y la familia quedo satisfecha con los cuidados que fueron brindados.

Con este proceso nos ayuda a conocer a fondo las necesidades fisiológicas de la persona sana o enferma y por medio de la información completa de su padecimiento y procedimiento ella queda con una muy buena orientación y satisfecha con su tratamiento.

Este trabajo fue de mucho beneficio tanto para la persona, la familia y personal de enfermería, pues se conoce el padecimiento a fondo y se valoran las necesidades más alteradas dándoles un seguimiento y un buen tratamiento.

Como apoyo emocional el cual contribuye a disminuir el miedo, la ansiedad, angustia y el temor.

Así como recibiendo un buen tratamiento médico desde su ingreso al hospital hasta su egreso, recibiendo un plan de alta con mucho beneficio para su pronta recuperación.

Tanto el personal de enfermería como la persona quedan con un grado de satisfacción extenso por su buen trabajo equitativo.

Sugerencias

Considero la gran importancia que tiene un aborto incompleto hacia la vida de las personas, le hago mucho hincapié tanto a D.D.O. como a todas las personas que puedan tener este padecimiento de que debe llevar un buen control prenatal y una buena nutrición alimenticia.

También es muy importante el darles información sobre los signos de alarma más importantes para que puedan detectar alguno de ellos y acudir inmediatamente a su unidad hospitalaria.

Sugiero que es de suma importancia que el personal de enfermería se actualice constantemente por medio de estudios como realizar una licenciatura o post grados de acuerdo a su área de trabajo, para obtener un buen desempeño tanto en el cuidado de la persona como realizar un buen manejo de los aparatos, pues es benéfico para la vida laboral y para el bienestar de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Bulechek M. Gloria, 2009 *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC). PhD, RN, FAA. 5ta. – ed. Elsevier consultado el 24-03 del 2012
- Faundes, Aníbal et al Ginecoguyas Disponible en <http://www.ginecoguyas.com> consultado el 6 – 05- 2012
- Fernández Ferrin Carmen, Novel Gloria *El proceso Atención de Enfermería*, p.4, p.10
- Fernández Ferrin Carmen. et. al. 1995 *El Modelo De Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería*. Edit. Masson Salvat Barcelona.
- Heater Herdman T., PhD, RN 2009-2011 *NANDA Internacional diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*,– 12-03 del 2012. Elsevier España. Travessera de Gracia 17-21. 08021 Barcelona
- .Mondragón Castro Héctor.(2011) Héctor Mondragón Alcocer. *Gineco-obstetricia de la niñez a la senectud*. Edit. Trillas, México,
- Phaneuf Margot. etal. 1993 Las necesidades fundamentales según el enfoque de Henderson Virginia *en Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Ed. Tr. Carlos María, López González y Julia López Ruiz. Edit. Mc Graw-hill, Madrid
- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. .et al 2006. *Proceso Enfermero*. 2° ed. Edit. Cuellar Guadalajara..
- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. et al. 2006 *Proceso Enfermero*. Ed.2° Cuellar Guadalajara Jalisco

Rosales Barrera Susana.(2000) Eva Reyes González.. *Fundamento de Enfermería*. Ed. 5° Edit. Manuel Moderno. México, D.F.

Sue Moorhead,(2009) PhD, RN, et al. *Clasificación de Resultados de Enfermería*(NOC), Cuarta edición. Mary Lober Aquilino.- ed.Elsevier.

Anexos

Anexo I Glosario

Aborto: La expresión aborto deriva del latín ABORTUS: AB = mal; ORTUS = nacimiento. Es decir, parto anticipado, privación de nacimiento, nacimiento antes de tiempo.

Según la OMS: Es la terminación de la gestación espontánea o natural y la inducida o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana con un peso menor de 500 gr y no viable.

Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas.

Aborto incompleto:

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

Salud:

Respeto a la salud, considerado como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social.

Enfermería:

Sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

Proceso de enfermería:

Método sistemático y organizado con base en la solución de problemas para administrar cuidados de enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales del individuo, familia y comunidad

Concepto diagnóstico:

El concepto diagnóstico es el componente principal del diagnóstico. El concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras. Cuando se emplea más de una palabra (p.e.j, tolerancia a la actividad) cada una contribuye a dar al conjunto un significado único, como si todas fueran un solo término; el significado es distinto del de las palabras por separado. En algunos casos se añade un adjetivo (p.e.j, espiritual) al nombre (p.e.j., sufrimiento) para formar el concepto diagnóstico de sufrimiento espiritual.

Diagnóstico enfermero:

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990)

Diagnóstico enfermero real:

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

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud:

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren nivel específico de bienestar establecido. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con el individuo, familia o comunidad para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.

Diagnóstico enfermero de riesgo:

Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables, está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Diagnóstico enfermero de salud:

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar a un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionados.

Etiqueta diagnóstica:

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

Definición:

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

Características definitorias:

Clave o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.

Factores de riesgo:

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

Factores relacionados:

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con,

contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

Clasificación:

Disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características que tienen en común.

Nomenclatura:

Sistema de designaciones (términos) elaborado según unas reglas preestablecidas (American Nurses Association, 1999)

Taxonomía:

Clasificación según las supuestas relaciones naturales entre los tipos y subtipos (American Nurses Association, 1999)

Ansiedad:

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

Deterioro:

En el caso de los seres humanos, el deterioro suele mencionarse como una consecuencia del paso del tiempo, de un accidente o de una enfermedad.

Duelo:

El duelo es la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe.

Metaparadigma:

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que

afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. Mamá y papa

Intervención de enfermería: consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. La intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicológicas; tanto las acciones de colocar las manos como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

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

Indicador de un resultado: son elementos o factores que describen en términos cuantitativos o cualitativos las condiciones del problema y su cambio en el tiempo, es decir, aquellos elementos que servirán como base para medir el logro de los resultados.

Anexo 3

Patología: aborto incompleto

3.1 Concepto: expulsión incompleta de la masa ovular, lo que provoca que queden restos en la cavidad uterina.

Sucede 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 a muy intenso, inclusive al punto de atentar con la vida del paciente.

Es el llamado aborto incompleto hemorrágico.

3.2 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 (numero total de legrados por abortos incompletos/numero de partos anuales) y en dos 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 estabilizar 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%.

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

3.3 Estudios de laboratorio y gabinete: BHC, QS, ES, Grupo y Rh, Tp, Tpt.

3.4 Manifestaciones clínicas: los síntomas de un aborto incompleto suelen ser hemorragias fuertes, dolor abdominal y fiebre.

Signos y síntomas

- Hemorragia vaginal (puede ser de color rojo brillante o 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

3.5 Tratamiento: el tratamiento del aborto es la evacuación uterina utilizando una aspiración endouterina (AMEU), o por vacío eléctrico. Faundes Aníbal 2012.

1. Acelerar la expulsión y practicar legrado uterino digito instrumental.
2. Administrar tratamiento con antibióticos en dosis altas
3. Hospitalización en caso de hemorragia grave para realizar aspiración manual endouterina (AMEU) y legrado uterino instrumental (LUI) si se dispone con personal y equipo necesario
4. En embarazos mayores de 12 semanas se realizara el legrado uterino instrumental de acuerdo al lineamientos de cada unidad de salud
5. Si la paciente es Rh negativo con anticuerpos irregulares negativo administrarse 150 mcg de gammaglobulina anti D intramuscular como dosis única

6. En embarazos mayores a 12 semanas y que presenten hemorragia abundante y dilatación cervical mínima, realizar la extracción del huevo por fragmentos
7. Uso de misoprostol de 600 mcg vía oral como dosis única. Mondragon 2011

3.6 Complicaciones: como es lógico un aborto incompleto tiene consecuencias muy graves que se manifiestan a través de estos síntomas:

- Hemorragia continua por tres semanas
- Dolor muy intenso en la parte baja del abdomen aun después de haber tomado misoprostol
- Fiebre
- También puede tener riesgos de infección
- Laceración cervical
- Perforación uterina

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.

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

En Venezuela se considera que dos de cada diez embarazos terminan en aborto. (Uno espontáneo y uno criminal.)

¿Cuántos abortos se suceden en el mundo cada año?

Según el instituto de Alan Guttmacher aproximadamente 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 año.

Etiología del aborto (causas):

1) Malformación del huevo o cigoto

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

Se estima que en 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 ultrasonido, es lo que se llama anembrionado y obedece a una falta en el desarrollo de las células de la capa interna de la blástula, con el siguiente no desarrollo del embrión y su precoz reabsorción.

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, aun 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 faltan estos mecanismos aparecerá irremediablemente el rechazo del embrión y el consecuente aborto.

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
- ❖ Listeriosis

Pueden todas ocasionar abortos.

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

La sífilis no es causa de abortos tempranos, poco frecuentes que produzcan 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) Anormalidades uterinas

La presencia del útero doble o reptado 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 (sinequias) pueden causar abortos. También los fibromas que protruyen hacia el interior de la cavidad uterina.

Las laceraciones o heridas del cuello uterino por partos o fórceps previos, específicamente si se encuentra lesionado el orificio interno del cuello, pueden 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 alcoholismo pueden aumentar el riesgo de aborto. Mondragon C. H .2011

Variedades clínicas del aborto

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto séptico
- Aborto retenido

ANEXO 4 INSTRUMENTO DE VALORACION

Nombre: _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

Fecha de admisión: _____

Hora: _____

Procedencia: _____

Fuente de información: _____

Persona responsable: _____

A continuación se presentan las siguientes necesidades:

1.- Necesidad de oxigenación

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____ Estado de conciencia: _____.

Coloración de piel/lechos inguinales/ peri bucal: _____ circulación del retorno venoso: _____

Subjetivo: Disnea debido a: _____ tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____

2.- Nutrición e hidratación

Objetivo:

Peso de 62 kg, talla de 1.50 IMC 52 kg. Hemoglobina de 12, hematocrito de 39.1.

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/_____, cabello: _____

uñas: _____ dientes: _____, encías: _____

Se encuentra alerta con palidez de tegumentos, ella refiere no satisfacer su apetito, come entre comidas, su alimentación es: _____ ingiere _____ agua y tiene _____ de peso.

Subjetivo:

Dieta habitual: _____

Realiza _____ comidas diarias.

Trastornos digestivos: _____. Alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____ su vida es _____.

_____ Práctica ejercicio.

3.- Necesidad de eliminación

Objetivo:

Abdomen/características:

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____

Características de las heces, orina y menstruación: _____

Su menstruación es: _____

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

Objetivo:

Estado del sistema musculo esquelético: _____

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: _____

Postura: _____

Ayuda para la deambulacion: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia:

_____ Estado emocional: _____

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades de tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

5.- Necesidad de reposo y sueño

Objetivo:

Estado mental: _____

Lenguaje: _____

Orejas: _____

Atención _____ Bostezos: _____ Concentración: _____ Apatía: _____
Cefaleas: _____ Respuestas a estímulos: _____

Subjetivo

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____ Horario de descanso: _____
Horario de sueño: _____ Siesta: _____

¿Padece insomnio?: _____.

¿Se siente descansada al levantarse?: _____

6.- Necesidad de higiene y arreglo personal

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____ Vestido
incompleto: _____ Sucio: _____ Aspecto limpio: _____ inadecuado: _____
estado de uñas: _____.

Subjetivo:

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

¿Su autoestima es determinante en su forma de vestir?:

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

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?:

7.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Objetivos:

Aspectos generales: _____ Olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, tipo: _____

Subjetivos:

Frecuencia de aseo: _____.

Momento preferido para el baño: _____

Aseo bucal al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: ____

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: ____

8.- Necesidad de mantener temperatura corporal estable

Objetivo:

Características de la piel: _____

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

9.- Necesidad de evitar peligros

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en el hogar: _____

Trabaja o no trabaja: _____

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 tensión en su vida:

10.- Necesidad de comunicación

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____ Dificultad en la visión: _____ Audición: _____
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

Otros: _____

Subjetivo:

Estado civil: _____ Vive con: _____ Preocupaciones/ estrés: _____
Familiares: _____ Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debido a la enfermedad: _____

¿Cuánto tiempo pasa sola?: _____

11.- Necesidad de creencias y valores

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

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

Subjetivo:

Creencias religiosas: católica.

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales?: _____

Principales valores de su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Objetivo:

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

Subjetivo:

¿Trabajas actualmente?: ____ tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecha con su trabajo?: _____

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

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega?: _____

13.- Necesidad de recreación

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____ Rechaza las actividades recreativas: _____

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

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?: _____

14.- Necesidad de aprendizaje:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____ órganos de los sentidos: _____ estado emocional/ ansiedad/ dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____ Conocimientos sobre su salud/ enfermedad: _____

Subjetivo:

Niveles de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo: _____ Preferencias de leer/ escribir: _____

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

Sabe cómo utilizar las fuentes de apoyo: _____