



INSTITUTO MARILLAC I.A.P
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADA A LA UNAM

RIESGO DE LA ALTERACIÓN DE LA DIADA MATERNO/FETAL RELACIONADA
CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS BASADO EN LA TEORÍA DE
VIRGINIA HENDERSON

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

“GARCIA CARBAJAL EDNA QUETZALLIN”

ASESORA:

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

CIUDAD DE MÉXICO MARZO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

SOR. MARIA ELENA QUIÑONES MUÑOZ

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

ASESOR DE TESIS

LIC. MARIA DEL PILAR MONTES HERÁNDEZ

PROFESOR (A)
DEL INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo; Dedico este proyecto de tesina:

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar;

*A mis padres **HUGO GARCÍA MARTÍNEZ Y AIDA CARBAJAL GONZÁLEZ** quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.*

A mis profesores y asesora de tesina, quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza , finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió sus puertas, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Edna Quetzallin Garcia Carbajal

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	3
○ General	
○ Particular	
I MARCO CONCEPTUAL	
○ Concepto de Enfermería.	5
○ Origen de la enfermería.	6
○ Ciencia en la enfermería.	8
○ Método científico en la enfermería.	9
○ La enfermería en la actualidad.	10
○ Términos centrales de la disciplina enfermera.	12
○ Modelo propuesto por Virginia Henderson.	14
○ Proceso de atención enfermería (PAE)	23
○ Diagnóstico de enfermería NANDA (2015-2017)	25
○ Clasificación NOC	31
○ Clasificación NIC	32
II ANATOMIA Y FISILOGIA	
○ Órganos reproductores de la mujer	34
○ Útero	35
○ Trompas uterinas: trompas de Falopio u oviductos	41
○ Ovarios: gónadas femeninas	42
○ Vagina	40
○ Vulva	43
○ Perineo	44
○ Mamas	45

	Pág.
III APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERIA	
○ Ficha de identificación	49
○ Presentación del caso	50
○ Exploración física	51
○ Diagnósticos de enfermería (red de razonamiento)	53
○ Plan de cuidados	55
○ Plan de alta	77
IV CONCLUSIÓN	78
V SUGERENCIAS	80
VI BIBLIOGRAFÍA / FUENTES ELECTRÓNICAS (WEBGRAFIA)	82
VII ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

Esta tesina se centra en el tema de Parto pretérmino; cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

En concreto, esta tesina tiene como meta definir los cuidados durante el embarazo así como la prevención de riesgos; más de tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costo eficaz, consistente, por ejemplo, en ofrecer una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal. Para reducir las tasas de prematuridad, es necesario ofrecer a las mujeres una atención mejorada antes, entre y durante los embarazos. Facilitar el acceso a los anticonceptivos y promover su empoderamiento también puede contribuir a que disminuya el número de nacimientos prematuros.

En la siguiente tesina se abordó el caso de una paciente la cual acude al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por amenaza de parto pretérmino; para la realización de este trabajo se toma como ejemplo el modelo de Virginia Henderson, a fin de conocerlo detalladamente en su aplicación así como rescatar la importancia y beneficios de los cuidados en relación con las 14 necesidades que esta nos plantea.

Los cuidados propuestos son los considerados de acuerdo a las condiciones presentadas por la paciente.

JUSTIFICACIÓN

La presente tesina se enfoca al parto pretérmino que representa no sólo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad.

Los gastos que se requieren en forma global para atender las consecuencias del parto pretérmino, son de gran trascendencia tanto para las familias, la sociedad, las instituciones y los gobiernos.

A pesar del aspecto multifactorial de las causas del parto pre-término, se han identificado varios factores de riesgo que de alguna forma u otra se han asociado al parto prematuro sin resultados estadísticos contundentes. Sin embargo, esto representa la oportunidad de continuar estudiándolos con el propósito de identificar aquellos que nos permitan predecir con la mayor certeza, los casos que tendrán una interrupción prematura de la gestación.

Es imperante conocer los factores de riesgo y métodos diagnósticos actuales, que permitan identificar de manera oportuna, a las pacientes con riesgo de parto pretérmino en nuestra población derechohabiente, ya que por las características del mismo, el porcentaje de pacientes representa alrededor de la tercera parte de la atención obstétrica.

La importancia de este documento, estriba en la atención de un problema muy frecuente en nuestro medio que ocasiona altos costos y saturación de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatales, con un alto índice de morbilidad y mortalidad neonatal.

Por lo anterior, es importante identificar a los factores predictivos existentes en las pacientes que culminaron su embarazo mediante un parto pretérmino, su diagnóstico oportuno y el mejor manejo disponible para tratar de disminuir este problema de salud pública, cuya incidencia no se ha logrado modificar en mucho tiempo.

OBJETIVOS

GENERAL:

Proporcionar una nueva visión acerca del embarazo, sus cambios, así como sus cuidados para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, favoreciendo la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención de cuidados, contribuyendo de esta manera al bienestar del paciente, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

ESPECÍFICOS:

- ✓ Conocer lo más relevante sobre parto pre-terminó
- ✓ Considerar la teoría de Virginia Henderson, como base para la elaboración de este proceso de atención de enfermería.
- ✓ Valorar las 14 necesidades del paciente, para formular los diagnósticos de enfermería y planear los cuidados que este requiere.
- ✓ Analizar desde el punto de vista de enfermería, las necesidades de atención de una persona con parto pretérmino, utilizando la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- ✓ Planear y dar cuidados de enfermería que requiere para el restablecimiento y cuidado de su salud.
- ✓ Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería en el mejoramiento de la salud del paciente y resolución de sus requerimientos de cuidado.

CAPITULO I

MARCO

CONCEPTUAL

CONCEPTO DE ENFERMERÍA¹

Es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas. La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud.

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Enfermería también es la profesión de la persona que se encarga del cuidado y la atención de los heridos y los enfermos bajo criterios clínicos; La enfermería es una de las áreas más importantes de la medicina, a pesar de que en los registros académicos aparezca siempre a la sombra de otras disciplinas más renombradas. Se entiende por enfermería al cuidado integral que realiza el personal calificado sobre un individuo en diferentes condiciones de salud. La enfermería puede llevarse a cabo tanto sobre pacientes ambulatorios como en pacientes de gravedad que requieren permanente atención y protección

¹ OMS. CONCEPTO DE ENFERMERIA. EN: <http://www.who.int/topics/nursing/es/> RECUPERADO EL: 7 DE OCTUBRE DE 2016.

ORIGEN DE ENFERMERÍA

Florence Nightingale definió la enfermería hace unos cien años como “la actuación sobre el entorno del paciente para ayudar en su recuperación”. Un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era fundamental para recuperar la salud. Considerada como la primera teoría, Nightingale elevó la enfermería al status de profesión. Anteriormente, se las consideraba como expertas amas de llaves y no como personas dedicadas al cuidado de los pacientes.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas que definieron la profesión. En 1960 escribió “La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación; tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible”.²

Perspectiva histórica

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y los recién nacidos. Antes de la Era Cristiana (año 1500 d.C.), eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar. Más tarde, las órdenes monásticas se ocuparon de estas actividades integrándolas en sus actividades normales. La primera orden de enfermería, las Hermanas Agustinas, se fundó en la Edad Media. Esta fue probablemente la primera organización puramente sanitaria que se creó para el servicio público.

Antes de la Reforma Protestante del siglo XVI, los hospitales se organizaban bajo la dirección de la Iglesia Católica. A partir de la Reforma, a principios de 1517, el interés por la iglesia y la religión disminuyó en gran medida. Esta crisis provocó el nacimiento del llamado periodo oscuro de la enfermería. Los hospitales eran lugares insalubres, oscuros y denigrantes. Mujeres descritas como amigas de la bebida, crueles e inmorales se ocupaban de la atención del enfermo. Sus labores eran realizar las tareas domésticas del hospital, lavar la ropa, y hacer la limpieza, y todo ello por un escaso salario. No se necesitaba

2 KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4ª EDICION). (1993). ENFERMERIA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 3

ninguna formación especial para ejercer como enfermera y su jornada laboral era de entre 12 y 40 horas consecutivas. Este periodo oscuro finalizó a mediados del siglo XIX.

La reforma llegó de la mano de una enfermera británica, Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea (1854-1856). Los esfuerzos de Florence lograron que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión respetada. Además de luchar por la limpieza y la comodidad de los hospitales, Florence trabajó en favor de la educación del pueblo enseñándole a tomar medidas sanitarias y a evitar en lo posible las enfermedades provocadas por las infames condiciones de las ciudades. Florence creía en la prevención y en la necesidad de un ambiente siempre fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de sí mismo. Muchas de las propuestas de Florence son ahora las bases de la atención.³

³ KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4ª EDICIÓN), (1993). ENFERMERÍA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRÁCTICA. MÉXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 5

CIENCIA EN LA ENFERMERÍA

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría, y por una práctica. La enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante a medida que se produce la evolución; enfermería se redefine continuamente, adaptándose a las exigencias de nuestro mundo cambiante.⁴

Filosofía: Orientación, manera habitual de afrontar la vida: posición general con relación a la naturaleza de las cosas y del mundo. La filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina.

Ciencia: Doctrina del conocimiento. Es la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales. También es un cuerpo de conocimientos; así pues la ciencia se define como un cuerpo unificado de conocimientos que se encarga de cuestiones de temas específicos y también como los procesos y metodologías necesarios para proporcionar dicho conocimiento.⁵

Conocimiento: Sugiere una comprensión adquirida a través del aprendizaje o la investigación de lo que se conoce como la cuestión de un tema en una disciplina.

Concepto: Es una idea compleja de un fenómeno (objeto, propiedad o suceso). Los conceptos son los principales componentes de la teoría. Son las etiquetas que se utilizan para identificar los fenómenos. Los conceptos abstractos son independientes del tiempo y del espacio, y son observables de manera indirecta.

Disciplina: Campo de investigación marcado por una perspectiva única, es decir, una manera distinta de ver los fenómenos.⁶

⁴ CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 3

⁵ CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 4

⁶ CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 5

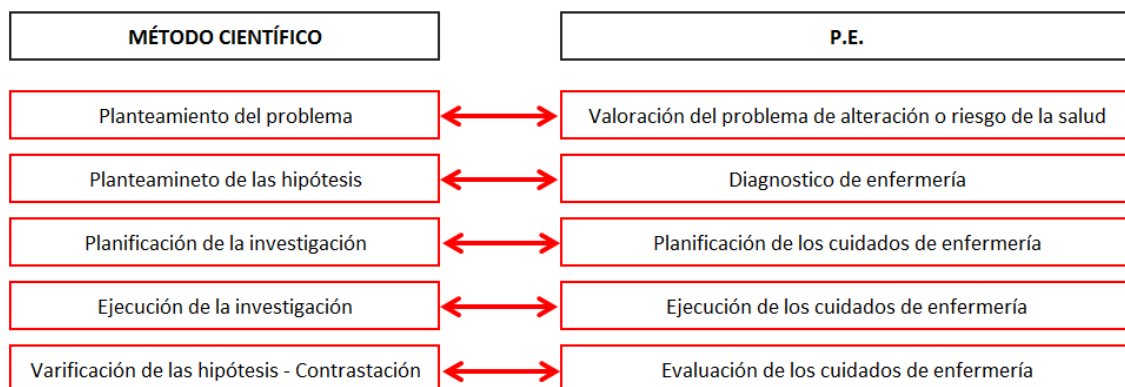
MÉTODO CIENTÍFICO EN LA ENFERMERÍA

Los cuidados de salud constituyen un campo de investigación cada vez más frecuentado por investigadores procedentes de diversas ramas del saber como la medicina, la enfermería, entre otras. Centrados en la enfermería, ese interés creciente queda puesto de manifiesto en la celebración de cursos, jornadas y congresos que abordan de manera monográfica algún aspecto de la metodología enfermera, así como en publicaciones específicas sobre el tema, todo ello con la finalidad central de contemplar la enfermería como una disciplina autónoma en el conjunto de las profesiones de la ciencias de la salud, aspiración largamente deseada como se demuestra cuando echamos una mirada al pasado del quehacer enfermero en nuestro país.

El disponer de un área de conocimiento especializado es una condición indispensable para ser reconocidos como profesionales de pleno derecho por los miembros de las restantes disciplinas y por el público en general. Este conocimiento se obtiene a través del método científico y el productivo de éste (las teorías).⁷

El método hipotético-deductivo consta de cuatro pasos, y son:

1. **Observación** de los hechos o recogida de datos que requieren una explicación.
2. **Formulación** de hipótesis con las que damos esa explicación requerida.
3. **Deducción** de predicciones de las hipótesis que pueden contrastarse en la realidad.
4. **Contrastación** de esas predicciones o deducciones.⁸



7 CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION), (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 17

8 CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION), (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 18

LA ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD

La enfermería es un arte y una ciencia. El profesional de enfermería debe aprender a prestar cuidados con arte, compasión, afecto y respeto por la dignidad y la individualidad de cada paciente. Como ciencia la práctica enfermera está basada en un cuerpo de conocimiento que está continuamente cambiando por medio de nuevos descubrimientos e innovaciones. Cuando se integran la ciencia y el arte de la enfermería en la práctica, la calidad de los cuidados está en un nivel de excelencia que beneficia a los pacientes y sus familias.⁹

Hoy en día las enfermeras toman parte activa en determinar las mejores prácticas para el manejo del cuidado de la piel, el control del dolor, el manejo de la nutrición y el cuidado de ancianos, por citar sólo unos ejemplos.

La enfermería es una combinación de conocimientos de las ciencias físicas, las humanidades y las ciencias sociales, junto con las competencias clínicas necesarias para los cuidados seguros y de calidad centrados en el paciente. Continuamente responde y se adapta a nuevos retos. Las enfermedades están en una posición única para perfeccionar y dar forma al futuro de la atención sanitaria.¹⁰

Escasez de enfermeras

Hay una continua escasez de enfermeras a nivel mundial, que es consecuencia de un insuficiente número de enfermeras tituladas cualificadas para ocupar las vacantes y de la pérdida de enfermeras cualificadas por otras profesiones, pero también presenta retos y oportunidades para la profesión. Se invierten muchos dólares de la atención sanitaria en estrategias dirigidas a reclutar personal de enfermería bien formado, que piense críticamente, motivado y entregado. Existe un vínculo directo entre los cuidados de las enfermeras y los resultados positivos para el paciente, la reducción de las tasas de complicaciones y un retorno más rápido del paciente a un estado funcional óptimo.¹¹

9 POTTER Y PERRY. (8ª EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 1

10 POTTER Y PERRY. (8ª EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 2

11 POTTER Y PERRY. (8ª EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 4

Siglo XXI

La práctica y la formación enfermeras continúan evolucionando para satisfacer las necesidades de la sociedad. En 1990 la ANA estableció el Center for Ethics and Human Rights. El centro proporciona un foro para abordar las complejas cuestiones éticas y de derechos humanos con las que se enfrentan las enfermeras y diseña actividades y programas para aumentar su competencia ética.

Actualmente, la profesión se enfrenta a múltiples retos. Las enfermeras en el ámbito asistencial y las enfermeras docentes están revisando la práctica enfermera y los currículos de formación para satisfacer las siempre cambiantes necesidades de la sociedad, incluido el bioterrorismo, las infecciones emergentes y la gestión de catástrofes.¹²

Profesionalismo de enfermería

Existen diversas formas de diferenciar la profesión de la ocupación. Una profesión requiere ciertos conocimiento, destreza y preparación especial. Los términos de ocupación y vocación se utilizan, frecuentemente, como sinónimos; sin embargo, la vocación es el trabajo que se realiza regularmente o aquella tarea que agrada especialmente a una persona, mientras que una ocupación es una actividad en la cual no se compromete. De este modo, la ocupación no ofrece ningún interés especial a la persona y puede ser incluso temporal; mientras que la vocación implica la entrega del individuo dentro de un área de interés constante. En este capítulo utilizaremos el término ocupación para hacer referencia a los no profesionales.¹³

¹² POTTER Y PERRY. (8ª EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 3

¹³ KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4ª EDICIÓN). (1993). ENFERMERIA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 7

TÉRMINOS CENTRALES DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

Paradigma: Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas. Representa la línea más general de cualquier disciplina, su unidad o marco, describiendo los fenómenos sobre los que se debe basar y regir de forma unívoca.¹⁴

Metaparadigma: Según Kérovac, es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado enfermero, persona, salud, entorno, en el caso del Metaparadigma enfermero) e intenta explicar sus relaciones.

Modelo: Idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos han perdido toda forma física para lograr un nivel de abstracción superior al de los modelos físico. Los modelos pueden usarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos, o bien para planificar el proceso de investigación. Los modelos son representaciones esquemáticas de ciertos aspectos de la realidad.¹⁵

Modelo conceptual: Representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión. Constituidos por ideas abstractas y generales y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

Los modelos conceptuales tienen tres elementos:

1. **Suposición o supuestos:** Declaraciones de hechos que se aceptan para reforzar el fundamento teórico de los conceptos.¹⁶
2. **Sistema de valores:** Son las creencias que refuerzan una profesión, y por lo general son similares en todos los modelos.

¹⁴ CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1ª EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 5

¹⁵ CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1ª EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 6

¹⁶ CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1ª EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 7

3. **Principios:** Desde las suposiciones y los valores se pueden desarrollar siete grandes principios: meta de enfermería, cliente (paciente), papel de la enfermera, origen del problema del cliente, enfoque de intervención, formas de actuación, y consecuencias de la actividad de enfermería.
4. **Teoría:** Conjunto de enunciados y proposiciones formados por conceptos y relaciones entre ellos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno.¹⁷

¹⁷ CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1ª EDICION). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 8

MODELO PROPUESTO POR VIRGINIA HENDERSON

Para **Virginia Henderson**¹⁸ la función de la enfermera es: ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.¹⁹

*Virginia Henderson pensó en el paciente como una persona que necesita asistencia para recuperar la salud, independencia o una muerte tranquila. Su visión organicista plantea al individuo como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes; es desarrollista porque conforma una espiral con componentes organizados de manera implícita y explícita en diferentes situaciones que la persona experimenta.*²⁰

Afirmaciones teóricas

La relación enfermera paciente. Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia:

1. La enfermera como una *sustituta* del paciente.
2. La enfermera como una *auxiliar* del paciente.
3. La enfermera como una *compañera* del paciente.

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, íntegro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para

¹⁸ VIRGINIA HENDERSON NACIÓ EN 1897 EN KANSAS (MISSOURI). SE GRADUÓ COMO ENFERMERA DOCENTE EN 1921 EN LA ARMY SCHOOL OF NURSING DE WASHINGTON. MURIÓ EN ESTADOS UNIDOS EN 1996.

¹⁹ MARRINER TOMEY, ANN. (1999) *MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. ESPAÑA*. HARCOURT BRACE. PÁG. 102

²⁰ JIMÉNEZ-CASTRO ANA BERTHA. *ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON*. EN: http://www.imss.gob.mx/nr/rdonlyres/a8f14b4b-e1d2-4ee4-ae72-134594e80899/0/reflexiones_filosof_virgina_hend.pdf RECUPERADO. EL 15 DE OCTUBRE DEL 2016

el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc.

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su propia independencia. Henderson afirmó que independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

Como compañeros, la enfermera y el paciente forman juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirmaba que la enfermera *debe meterse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades*. Luego, debe contrastarlas con él.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. Opinaba que *en cada situación, las enfermeras que conocen las relaciones psicológicas y fisiológicas a la temperatura y la humedad, la luz y el color, la presión los olores, el ruido las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles*.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente *lo más normal posible*. Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud. Henderson señalaba que *se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis*.

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

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

La enfermera como miembro del equipo sanitario. La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizarse las tareas ajenas. Henderson recordaba que *ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada*.

Comparaba a todo equipo médico, incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y, por lo tanto, cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

A medida que cambian las necesidades del paciente, también pueden hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que *esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario*.

Henderson amplió su definición a los profesionales de la enfermería. Según sus palabras. “la enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando”.

Método lógico.

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva²¹ de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería. Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica. Muchos de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo las 14 necesidades básicas que señala se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas ampliamente aceptada, aunque Henderson confeccionó su relación antes de leer el trabajo de Maslow^{22 23}.

21 EL MÉTODO DEDUCTIVO fue creado por René Descartes, se suele decir que se pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos, se infieren enunciados particulares. estudia un fenómeno o problema desde el todo hacia las partes, es decir analiza el concepto para llegar a los elementos de las partes del todo. entonces diríamos que su proceso es sintético analítico.

22 IMPORTANTE RESALTAR QUE HENDERSON NACIÓ EN 1897 Y PUBLICÓ EN 1960 SU FOLLETO BASIC PRINCIPLES OF NURSING CARE. Y MASLOW NACIÓ EN 1908 PUBLICANDO SU TEORÍA SOBRE LA MOTIVACIÓN HUMANA (EN INGLÉS, A THEORY OF HUMAN MOTIVATION) EN 1943.

23 MARRINER Torney, Ann. (1999) Modelos y teorías en enfermería. España. Harcourt Brace. Pág. 104.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson y su teoría de necesidades del paciente

Estas necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son:

1. Oxigenación. (Respirar normalmente)
2. Nutrición e hidratación. (Comer y beber de forma adecuada)
3. Eliminación. (evacuar los productos de desecho del organismo)
4. Moverse y mantener una posición adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Usar prendas de vestir adecuadas. (Para vestirse y desvestirse)
7. Termorregulación. (Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales)
8. Mantener la higiene. (Aseo personal cuidado de la piel y mantener un buen aspecto)
9. Evitar los peligros del entorno. (Impedir daños personales y a los demás)
10. Comunicarse con otras personas. (expresar emociones, necesidades, temores u opiniones)
11. Vivir según sus valores y creencias. (Actuar con arreglo a la propia fe)
12. Trabajar y sentirse realizado. (Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo)
13. Participar en actividades recreativas. (Disfrutar de diversas formas de entretenimiento)
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. (Alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles)

Aceptación por la comunidad de la enfermería.²⁴

Ejercicio profesional. La definición de enfermería de Henderson en lo que se refiere al ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso

²⁴ IBID.PAG. 106 A108

en el mismo desde la dependencia a la independencia. La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando éste no posee voluntad, conciencia o fortaleza necesaria.

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligaba a tomar decisiones. Aunque no mencionó específicamente las etapas del proceso de enfermería, cabe observar que los conceptos están interrelacionados.

En la fase de valoración, la enfermera deberá repasar en el paciente los 14 componentes de la atención básica de enfermería, esta fase se completa mediante el análisis de los datos compilados, para lo que es necesario conocer lo que es normal en la enfermedad y en la salud.

La fase de planificación se supone trazar un plan que ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según se requiera en función de los cambios, el uso del plan como registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico. Un buen plan, opina, integra el trabajo de todas las personas que integran el equipo.

Al aplicar el plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar su actividad para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental del paciente.

Henderson evaluaba al paciente con arreglo a su grado de independencia. Sin embargo, el niño no puede ser independiente, como tampoco una persona inconsciente. En algunos estadios de la enfermedad hay que asumir el deseo del paciente de depender de otro.

Formación. Henderson declaró que *para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que sólo se imparte en las escuelas superiores y universidades.* La formación de una enfermera requiere una comprensión global de todos los seres humanos. Esta afirmación apoya la postura que tomo la ANA²⁵ en 1965.

Por otra parte, Henderson creía que *el valor de la educación derivaba no sólo de la suma de conocimientos adquiridos sino también de la confianza personal desarrollada en el instituto de educación superior del entorno.* Afirmaba que *la enfermería constituye una ocupación universal y una educación superior permite ejercerla mejor.*

En su obra *The Nature on Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson contempla tres fases en el plan de estudios dentro del

²⁵ Asociación Americana de Enfermeras (por sus siglas en inglés. ANA American Nurses Association)

aprendizaje de todo estudiante. Todas ellas giran en torno a un mismo eje: asistir al paciente cuando necesita fortaleza, voluntad o conciencia para llevar a cabo sus actividades cotidianas o cumplir una terapia hacia la meta final de la independencia.

En primer lugar, se hace particular hincapié en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados de enfermería y la función especializada de la enfermera para auxiliar al paciente en la realización de las tareas rutinarias cotidianas. En esta etapa del programa de estudios no se remarca el estado patológico o la enfermedad en concreto, pero se tiene en cuenta el estado que, siempre presente, afecta a las necesidades básicas del paciente. En la segunda fase, se pone el acento en la ayuda a los pacientes para satisfacer sus necesidades en casos de grandes trastornos corporales o estados patológicos que requieren la modificación del plan de cuidados de la enfermera. El paciente plantea al estudiante problemas de mayor envergadura. Obliga a un mayor conocimiento de la ciencia médica y a que el estudiante comience a comprender las razones del tratamiento de los síntomas. En la tercera fase, la formación se centra en el paciente y la familia. El estudiante se compromete con un estudio completo del paciente y de todas sus necesidades.

Henderson ha resaltado la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar, participar en cursos de biología, física y sociología u otras humanidades, adentrarse en otros campos del saber, observar una atención eficaz y ofrecerla en diversas circunstancias.

Investigación: Henderson recomendaba la investigación en bibliotecas, actividad a la que ella era muy aficionada, consultando los fondos de las bibliotecas y las investigaciones sobre enfermería. También promocionaba a los estudiantes de enfermería de nivel superior y consideraba que era necesario investigar para evaluar y mejorar el ejercicio de la profesión.

Las enfermeras deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que se puedan basar su experiencia, decía Henderson. Instaba a las enfermeras a acudir a los libros y a dirigir su propia investigación más para mejorar su actividad que por puro prestigio académico.

En un estudio y valoración sobre la investigación de enfermería elaborada por Henderson y Leo W. Simmons en 1964, se resumen varias de las razones de la falta de investigación en la enfermería clínica, entre las que se incluyen las siguientes:

1. Las principales energías dentro de la profesión se consumen en mejorar la preparación de las enfermeras.
2. Aprender a conseguir un número de enfermeras suficiente y mantenerlo para satisfacer la creciente demanda supone un gasto de enfermería considerable.
3. La necesidad de gestores y educadores ha agotado prácticamente la disponibilidad de enfermeras tituladas.
4. La falta de apoyo por parte de la administración, la gestión de enfermería y los médicos ha desanimado a los investigadores.

De cada uno de los 14 componentes de asistencia de enfermería surgen cuestiones relativas a la investigación, y la función de la enfermera deberá consistir en asumir la responsabilidad de identificar los problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficacia de sus cuidados.

Henderson concluyó que *ningún oficio, ocupación o profesión en esta época se puede valorar o mejorar adecuadamente en la práctica sin investigación*. La investigación es el tipo de análisis más fiable.

Pensaba también que hasta que no aprendiera a utilizar las fuentes bibliográficas (...), *una enfermera no había dado el paso elemental para ejercer una profesión basada en la investigación, una reclamación que gustan de hacer las enfermeras en la actualidad*.

Crítica: Antes de tratar de evaluar las teorías sobre enfermería de Virginia Henderson en relación con los criterios comúnmente aceptados de sencillez, generalidad, precisión empírica y consecuencias deducibles, debe entenderse que ella no pretendió desarrollar una teoría definitiva sobre enfermería. Por el contrario, desarrollo un concepto o definición personal en un intento por aclarar lo que se consideraba como función especializada de la enfermera es un compendio de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas... *Tengo primero que aclarar que no pretendo que todo el mundo esté de acuerdo conmigo. Al contrario, insto a todas las enfermeras a desarrollar su propio concepto*.

La definición de Henderson se puede considerar una gran teoría o filosofía dentro del estadio previo al paradigma del desarrollo teórico sobre enfermería. Su concepción, descriptiva y fácil de interpretar, se define en términos del lenguaje común. Sus definiciones de enfermería y la enumeración de las 14 funciones básicas de esta disciplina

trazan una perspectiva dirigida a explicar una globalidad de la conducta de la enfermera. Dado que su intención no era definir una teoría, Henderson no aportó afirmaciones teóricas internacionales ni tampoco las definiciones operativas necesarias para sustentar una teoría. No obstante, es algo que se puede hacer.

Consecuencias que se pueden derivar: El enfoque de Henderson ha sido útil para promover nuevas ideas y para fomentar desarrollos conceptuales posteriores de otros autores teóricos. En los numerosos trabajos que publicó, explico la importancia de la independencia de la enfermera y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro de la especialidad de atención sanitaria. Asimismo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido enormemente a potenciar la importancia de la investigación en el ejercicio de la enfermería clínica.

PROCESO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. Es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es cíclico y sus componentes siguen una secuencia lógica.²⁶

Fases del proceso de atención de la enfermería²⁷

1. **Valoración** consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases siguientes. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.
2. **Diagnóstico** es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico o diagnóstico de enfermería, el cual, constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud del cliente. El análisis consiste en desglosar las diferentes partes de un todo como se hace. Un problema de salud actual es aquel que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o las familias tengan alteraciones en su salud.
3. **La planificación** implica una serie de fases, en las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de enfermería seleccionadas, para solucionar los problemas identificados, y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud. En colaboración con el cliente, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.
4. **La ejecución** consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase, la enfermera continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. La recogida

²⁶ KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4ª EDICION),(1993). ENFERMERIA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 181

²⁷ KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4ª EDICION),(1993). ENFERMERIA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 185

continua de información es esencial, no sola para descubrir los cambios en el estado del cliente, sino también para obtener aquellos datos que permitirán la evaluación de los objetivos en la siguiente fase. La enfermera determina: (a) si el plan de cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas, (b) si se han considerado las prioridades del cliente, (c) si el plan está individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste.

5. **La evaluación** valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después, se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. Con frecuencia, estos estándares se refieren a criterios de respuesta o criterios de evaluación. La enfermera determina en qué medida los objetivos o las respuestas esperadas han sido alcanzadas, parcialmente alcanzadas, o no conseguidas. Si los objetivos no se han conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados.

Características del proceso enfermero²⁸

- Es **sistemático**, no deja nada al azar.
- Es **dinámico**, permanece en continuo cambio.
- Es **interactivo**, permite la colaboración constante entre enfermera y cliente.
- Es **flexible**, se adapta a cualquier circunstancia de cuidados.
- Requiere de un **modelo conceptual** que le dé sentido.
- Se oriente a unos **objetivos** claros y precisos.
- Es un **elemento esencial** para la historia de la salud de los sujetos de cuidados.

28 CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION), (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F., pág. 23

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE NANDA (2015-2017)²⁹

Es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Otras asociaciones internacionales son AENTDE en español, AFEDI (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería) y ACENDIO (Europa).

Clasificación NANDA

Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados. De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros es la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la que actualmente goza de mayor difusión.

Desde sus orígenes, la clasificación NANDA está siendo objeto de modificaciones, ampliaciones y reestructuraciones (esta evolución se recoge en el Capítulo 9 del libro de Fundamentos de Enfermería de esta misma colección), pasando de un sistema de clasificación alfabético a una taxonomía con una estructura conceptual cada vez más sólida hasta llegar a la propuesta actual NANDAII, clasificación que se describe y analiza a continuación.

Los intereses que se persiguen con las sucesivas modificaciones son recoger todas las situaciones posibles con un lenguaje común, evitar duplicidades de diagnósticos y facilitar su aplicación a las diferentes realidades, reduciendo las posibilidades de error a la hora de optar por un diagnóstico.

Definición y términos

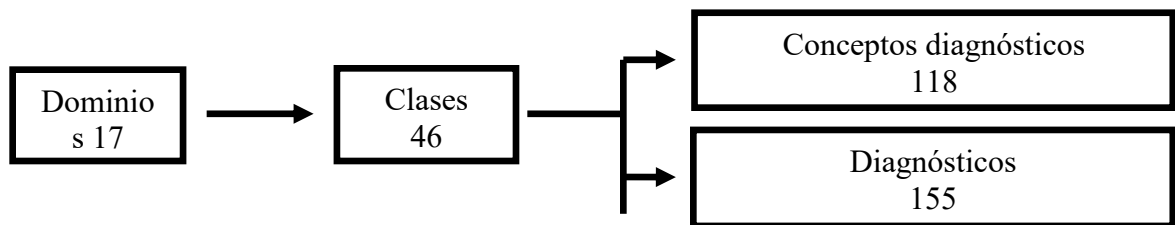
La clasificación diagnóstica NANDA II contiene tres términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

29 NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 4

Eje. Se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”. Una respuesta humana puede ser positiva, negativa o de riesgo. Esta dimensión se ve representada por el eje denominado potencialidad; la respuesta puede estar referida a un sujeto desde su condición de individuo o de grupo, lo que quedaría expresado por el eje unidad de cuidados; una respuesta puede aparecer de manera aguda o mantenerse en el tiempo, lo que referiría el eje tiempo, etc. Los ejes, en la clasificación NANDA II, sirven para concretar el diagnóstico en función de las características y manifestaciones que identifican una respuesta humana determinada.

Dominio. Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio. Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.

Clase. Representa el nivel más concreto de la clasificación: la clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos.



A continuación se describe la estructura de la clasificación. Ésta presenta 13 dominios con su correspondiente definición:³⁰

30 NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 5

- Promoción de la salud: toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
- Nutrición: actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
- Eliminación: secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
- Actividad/reposo: producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
- Percepción/cognición: sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
- Autopercepción: conciencia del propio ser.
- Rol/relaciones: conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones.
- Sexualidad: identidad sexual, función sexual y reproducción.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés: forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
- Principios vitales: principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.
- Seguridad/protección: ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
- Confort: sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
- Crecimiento/desarrollo: aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.³¹

La clasificación presenta 46 clases, distribuidas en los distintos dominios, con su correspondiente definición.

<p>1. Promoción de la salud. Toma de conciencia de la salud. Manejo de la salud.</p>	<p>2. Eliminación. Sistema urinario. Sistema gastrointestinal. Sistema integumento. Sistema pulmonar.</p>
<p>3. Nutrición. Ingestión Digestión Absorción Metabolismo Hidratación</p>	<p>5. Percepción/cognición. Atención. Orientación. Sensación/percepción. Cognición. Comunicación.</p>
<p>4. Actividad/reposo. Reposo/sueño. Actividad/ejercicio. Equilibrio de la energía. Respuestas cardiovasculares/respiratorias.</p>	<p>7. Rol/relaciones. Roles del cuidador. Relaciones familiares. Desempeño del rol.</p>
<p>6. Autopercepción. Autoconcepto. Autoestima. Imagen corporal.</p>	<p>9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Respuesta postraumática. Respuestas de afrontamiento. Estrés neuro comportamental.</p>
<p>8. Sexualidad. Identidad sexual. Función sexual. Reproducción.</p>	<p>11. Seguridad/protección. Infección. Lesión física. Violencia. Peligros ambientales. Procesos defensivos. Termorregulación.</p>
<p>10. Principios vitales. Valores. Creencias Congruencia de las acciones con los valores/creencias.</p>	<p>13. Crecimiento/desarrollo. Conocimiento. Desarrollo.</p>
<p>12. Confort. Confort físico. Confort ambiental. Confort social.</p>	

Los 108 conceptos diagnósticos se encuentran contenidos en las “clases”. Actualmente encontramos “clases” definidas en las que no aparece ningún concepto diagnóstico pues no existen diagnósticos aprobados.

Los 155 diagnósticos aprobados se encuentran agrupados dentro de un “concepto diagnóstico”. La definición de cada diagnóstico es comparada con la del dominio y la clase para introducirlo en aquella que resulte más congruente.³²

Diagnóstico. Es el elemento fundamental que le da el significado al diagnóstico; puede estar formado por uno o varios términos, en los casos en los que el concepto diagnóstico está formado por más de un término, el significado de los mismos se adquiere con el del conjunto de los términos. Los conceptos diagnósticos contenidos en la taxonomía II son 108.

Tiempo. El eje tiempo se refiere a la identificación en los diagnósticos de la duración de su presencia. Los valores considerados en este eje son:

- Agudo: cuando tiene en la persona una presencia inferior a 6 meses.
- Crónico: si la permanencia del diagnóstico es superior a 6 meses.
- Intermitente: si el diagnóstico se inicia y cesa a intervalos cíclicos.
- Continuo: cuando se produce de manera ininterrumpida durante un periodo de tiempo.

Potencialidad. Se refiere al potencial del estado de salud que se trata de identificar con el diagnóstico. Se describen como valores de este eje:

- **Bienestar:** se refiere a diagnósticos que identifican un estado de salud sano buscado.

32 NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 8

- **Riesgo:** se entiende como la vulnerabilidad que se trata de identificar por la existencia de factores que aumentan la posibilidad de que se produzca un problema/diagnóstico.
- **Real:** cuando la existencia del diagnóstico es evidente.

CLASIFICACIÓN NOC³³

La clasificación de NOC contiene cuatro términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

Dominio. Es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se trata de identificar y describir resultados de comportamiento y/o conducta de la persona que tienen relación con su salud, desde una perspectiva integral y tanto individual como colectiva.

Clase. Es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios.

Resultados. Representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermeros.

Indicador. Se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una escala para su valoración.

Estructura de la clasificación. El NOC plantea una estructura taxonómica en tres niveles: dominio, clases y resultado con sus indicadores. Se recogen 7 dominios, 29 clases y 258 resultados.

³³ NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 23

CLASIFICACION NIC³⁴

La clasificación NIC contiene términos que son clave para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

Campo. Es el nivel de mayor abstracción de organización de la clasificación. Cada campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto de la persona.

Clase. Supone un mayor nivel de concreción dentro de la clasificación. Especifica cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del campo.

Intervención. Es el nivel de mayor concreción de la clasificación. Dentro de la taxonomía son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases. Cada intervención se desarrolla con actividades concretas.

Estructura de la clasificación. La taxonomía propuesta por McCloskey y Bulechek consta de tres niveles: “campo”; “clase”; “intervención”. Actualmente en la taxonomía se recogen siete campos; 30 clases y 486 intervenciones.

³⁴ NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág.26

CAPITULO II

ANATOMÍA

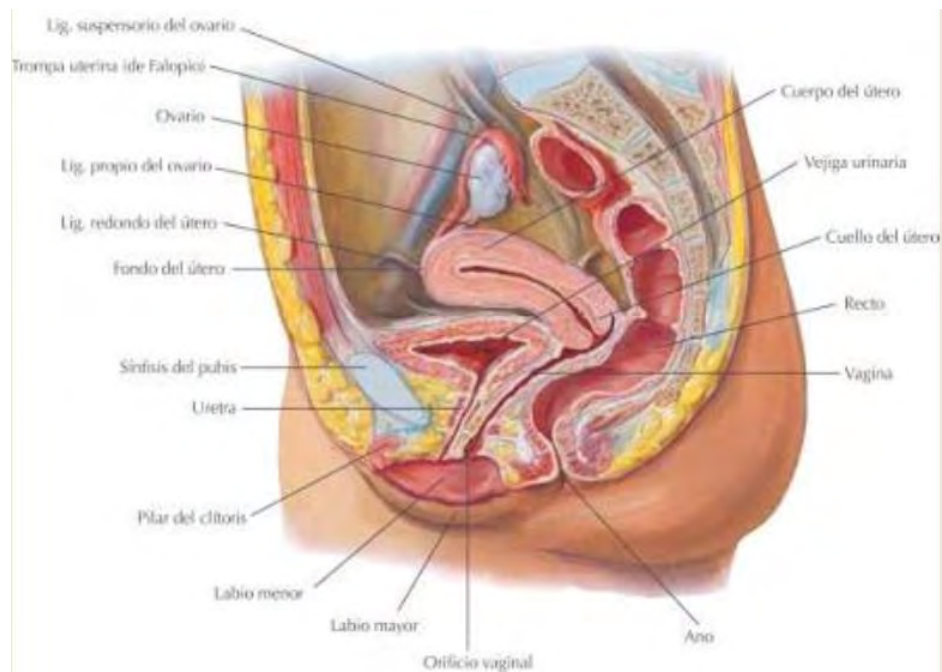
Y

FISIOLOGIA

ÓRGANOS REPRODUCTORES DE LA MUJER

Vamos a identificar debidamente los siguientes órganos del aparato reproductor de la mujer:

1. Órganos sexuales primarios: los dos ovarios.
2. Órganos sexuales secundarios: dos trompas de Falopio, un útero, una vagina, una vulva y dos mamas o glándulas mamarias.³⁵



³⁵ C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISIOLOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 621

ÚTERO

Estructura

Dimensiones, forma y divisiones. El útero virgen es piriforme y mide aproximadamente 7.5 cm de longitud, 5 cm de ancho en su porción mayor y 3 cm de grueso. Consiste en dos partes a saber: porción superior, el cuerpo y porción superior más angosta, el cuello. El cuerpo se redondea en una eminencia que sobresale por arriba del nivel en el cual desembocan las trompas de Falopio; esta porción abultada del útero se llama fondo.

Pared. La pared de membrana del útero consiste en tres capas; a saber: endometrio, miometrio y peritoneo parietal.

1. La cubierta de membrana mucosa, denominada endometrio, está compuesta por tres capas de tejidos: una capa superficial compacta de epitelio cilíndrico simple, parcialmente ciliado, denominado capa compacta, una capa esponjosa media o intermedia de tejido conjuntivo laxo, llamado capa esponjosa y una capa interna más densa que se llama capa basal que une el endometrio con el miometrio subyacente. Durante la menstruación y después del parto, las capas compacta y esponjosa se desprenden. El espesor del endometrio varía entre 0.5 mm justamente después del flujo menstrual y 5 mm cerca del final del ciclo endometrial.
2. La túnica media y gruesa, el miometrio, consiste en tres capas de fibras musculares lisas que se extienden en todas las direcciones, longitudinal, transversal y oblicuamente y dan al útero gran fuerza. Las asas de fibras musculares lisas se entrelazan con los componentes de tejidos elástico y conjuntivo y se mezclan en general sin ninguna línea limítrofe definida entre ambas capas. El miometrio alcanza grosor máximo en el fondo y mínimo en el cuello del útero; este es magnífico ejemplo del principio de adaptación de la estructura a la función. Para expulsar al feto; esto es: para hacerlo descender y salir del útero, el fondo debe contraerse más enérgicamente que la porción inferior de la pared uterina, y el cuello del útero debe experimentar dilatación.
3. Una túnica externa de membrana serosa, el peritoneo parietal, que es incompleta pues no cubre porción alguna del cuello del útero y solo reviste parte del cuerpo. El hecho de que el útero no este cubierto completamente por peritoneo tiene

importancia clínica porque permite efectuar operaciones en este órgano sin el peligro de infección que entraña seccionar el peritoneo.³⁶

Cavidad. La cavidad del útero es pequeña a causa del grosor de las paredes. La cavidad del cuerpo es plana y triangular; el vértice está dirigido hacia abajo y forma el orificio interno cervical. El conducto cervical también presenta un estrechamiento en el extremo inferior, llamado orificio externo, que desembocan en la vagina. Las trompas de Falopio desembocan en la cavidad del cuerpo de la matriz en los ángulos superoexternos.

Riego sanguíneo. El útero recibe riego sanguíneo abundante de las arterias uterinas, ramas de las iliacas internas. Además, la sangre de las arterias ováricas y vaginales llega al útero por anastomosis con los vasos uterinos.³⁷

Existen vasos arteriales tortuosos que entran en las capas de la pared uterina como arteriolas que se ramifican en capilares entre las glándulas endometriales.

Las venas uterinas, ováricas y vaginales devuelven la sangre venosa desde el útero hacia las venas iliacas internas.

Localización

La posición del útero se altera a causa de factores como la edad, el embarazo y la distensión de las vísceras pélvicas relacionadas, como la vejiga. Entre el nacimiento y la pubertad el útero desciende gradualmente desde la parte más baja del abdomen hacia la pelvis verdadera. Durante la menopausia el útero empieza un proceso de involución del que resulta la disminución de su tamaño, lo mismo que su ubicación en la profundidad de la pelvis.

Posición

1. En estado normal, el útero presenta flexión entre el cuerpo y el cuello; el cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y está orientado hacia adelante y algo hacia arriba. El cuello uterino está orientado hacia abajo y atrás a partir del punto de

36 C.P. ANTHONY Y G.A.THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISIOLOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 621

37 C.P. ANTHONY Y G.A.THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISIOLOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 622

flexión, y se une a la vagina en ángulo recto. Varios ligamentos mantienen fijo al útero pero permiten al cuerpo del mismo bastante movilidad, carácter que a menudo origina posiciones anormales del órgano. Las fibras de diversos músculos que forman el piso pélvico convergen para formar un nodo que se denomina cuerpo perineal que es además un elemento importante de sostén del útero.

2. El útero puede presentar cualquiera de varias posiciones anormales. Una frecuente es la retroversión o inclinación hacia atrás de todo el órgano.
3. Ocho ligamentos (tres de ellos pares, dos impares) fijan el útero en la cavidad pélvica; a saber ligamentos anchos (pares), uterosacros (pares), posterior (único), anterior (único) y redondos (pares). Seis de estos llamados ligamentos son en realidad prolongaciones del peritoneo parietal en varias direcciones los dos restantes son cordones fibromusculares.
 - a. Los dos ligamentos anchos son pliegues dobles de peritoneo parietal que forman una especie de tabique a través de la cavidad pélvica; el útero está suspendido entre los dos pliegues.³⁸
 - b. Los dos ligamentos uterosacros son prolongaciones a manera de repliegue del peritoneo que van de la cara posterior del útero al sacro, uno a cada lado del recto.
 - c. El ligamento posterior es un pliegue de peritoneo que se extiende de la superficie posterior del útero hasta el recto. Ese ligamento forma un fondo de saco profundo llamado fondo de saco de Douglas entre el útero y el recto. Dado que esta es la porción más baja de la cavidad pélvica, en las inflamaciones pelvianas se acumula pus en este sitio. Para asegurar el drenaje, puede hacerse una incisión en la parte superior de la pared posterior de la vagina.
 - d. El ligamento anterior es un pliegue de peritoneo formado por prolongación del peritoneo sobre la cara anterior del útero que se dirige a

³⁸ C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10ª EDICIÓN). (1983). ANATOMIA Y FISIOLÓGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 623

la superficie posterior de la vejiga; también forma un fondo de saco, pero menos profundo que el posterior.

- e. Los dos ligamentos redondos son cordones fibromusculares que salen de los ángulos superoexternos del útero, pasan por los conductos inguinales y se pierden por los labios mayores.

Funciones

El útero o matriz ayuda a lograr las tres funciones vitales de la supervivencia humana, pero no de la supervivencia del individuo: a saber; menstruación, gestación y parto.

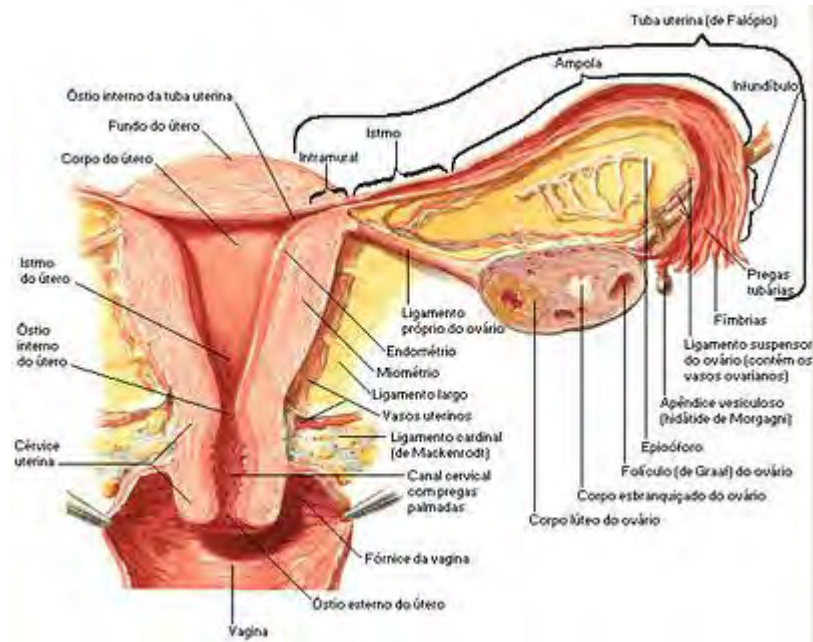
1. Menstruación es el esfacelo o desprendimiento de las capas compactas y esponjosas del endometrio acompañado de hemorragia por los vasos desgarrados.
2. En la gestación, el embrión se implanta en el endometrio y en este sitio vive como parásito durante todo el periodo fetal.
3. El parto consiste en las contracciones potentes y rítmicas de la pared uterina muscular que producen expulsión del feto o nacimiento.³⁹

39 C.P. ANTHONY Y G.A.THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISIOLOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 624

TROMPAS UTERINAS: TROMPAS DE FALOPIO U OVIDUCTOS

Localización

Las trompas de Falopio desembocan en los ángulos superoexternos del útero; cursan entre las hojas del ligamento ancho y se extienden hacia arriba y afuera en dirección a los lados de la pelvis, y después describen una curva hacia abajo y atrás.



Estructura

Pared. Las trompas están compuestas por las mismas capas del útero (mucosa, musculo liso y serosa). La mucosa de las trompas, sin embargo, es totalmente ciliada y se continúa directamente con el peritoneo, hecho de gran importancia clínica por que la mucosa tubárica se continúa con la del útero y la de la vagina y, por lo tanto, con frecuencia se infecta por gonococos u otros microorganismos introducidos en la vagina. La inflamación de las trompas (salpingitis) fácilmente puede propagarse y convertirse en inflamación del peritoneo (peritonitis), estado grave.

Divisiones. Cada trompa uterina está compuesta por tres divisiones:

1. Terciar medial que se extiende desde el ángulo superoexternos del útero denominado istmo.
2. Parte intermedia dilatada que se determina *ampolla* y que sigue un camino tortuoso sobre el ovario.

3. Componente terminal en embudo que se denomina *infundíbulo* y que se abre directamente en la cavidad peritoneal. Su borde exterior se parece a un fleco por su contorno irregular. Las proyecciones a manera de fleco se denominan *fimbrias*.

Función

Las trompas de Falopio actúan a forma de conductos para el óvulo, aunque realidad no están conectados con los ovarios, órgano que producen los óvulos (gametos femeninos).

En estado normal la fecundación, o unión de un espermatozoo con el óvulo, ocurre en la trompa.

OVARIOS - GÓNADAS FEMENINAS

Las gónadas femeninas u ovarios son homólogos (es decir, equivalentes) de los testículos del varón. Se trata de glándulas nodulares que después de la pubertad, presentan una superficie irregular con hoyuelos, guardan semejanza a almendras voluminosas en dimensiones y forma,⁴⁰ y está situado uno a cada lado del útero, por debajo y por detrás de las trompas de Falopio. Cada ovario pesa aproximadamente 3grs y se dispone entre los pliegues del ligamento ancho y está unido a la superficie posterior del mismo por el mesovario. El ligamento útero ovárico fija el ovario a la matriz. La porción distal de la trompa de Falopio describe una curva alrededor del ovario de manera que las franjas del pabellón cubren a la gónada pero no se unen a la misma. Así pues, el ovario es una glándula cuyo conducto está separado lo cual torna posible la gestación en la cavidad pélvica, y no en el útero, como ocurre normalmente.

Estructura microscópica

La superficie del ovario está cubierta por una capa de células epiteliales pequeñas que, en conjunto, se denominan *epitelio germinal*, el término “germinal” se presta a confusiones, por que las células epiteliales de esta capa no producen óvulos. En la profundidad de la capa superficial de las células epiteliales se encuentran embebidos miles de elementos microscópicos llamados *folículos ováricos*. Los folículos contienen las células sexuales femeninas u óvulos que, después de la pubertad, se encuentran en diversas etapas de desarrollo. Los folículos primordiales están constituidos por un ovocitos rodeado por células foliculares.

Funciones

Los ovarios tienen dos funciones: ovulación y secreción. Los óvulos se desarrollan y maduran en los ovarios y son expulsados de los mismos hacia la cavidad pélvica entre los pliegues del ligamento ancho. Los ovarios también secretan las hormonas femeninas; a saber: estrógenos (estradiol y estrona) y progesterona.

40 C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION), (1983). ANATOMIA Y FISIOLOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 625

VAGINA

Localización

La vagina está situada entre el recto por atrás y la uretra y la vejiga por delante. Tiene dirección hacia arriba y atrás desde el orificio externo en el vestíbulo entre los labios menores de la vulva hasta el cuello uterino.

Estructura

La vagina es un túbulo susceptible de colapsarse y dilatarse; está formada principalmente por músculo liso revestida de mucosa dispuesta en arrugas. Debe observarse que la pared posterior por la manera en que el cuello uterino hace protrusión hacia la parte más alta de este tubo. En la virgen, un pliegue de mucosa, el himen forma un límite en el orificio externo de la vagina, al que cierra parcialmente. De cuando en cuando esta estructura cubre por completo la entrada de la vagina, estado que recibe el nombre de himen imperforado. El repliegue debe perforarse para que pueda escapar el flujo menstrual.

Funciones

La vagina es parte indispensable del aparato reproductor por lo siguiente:

1. Es el órgano que recibe el semen que deposita el varón.
2. Es la porción inferior del conducto del parto.
3. Actúa como conducto de excreción para las secreciones uterinas y el flujo menstrual.

VULVA

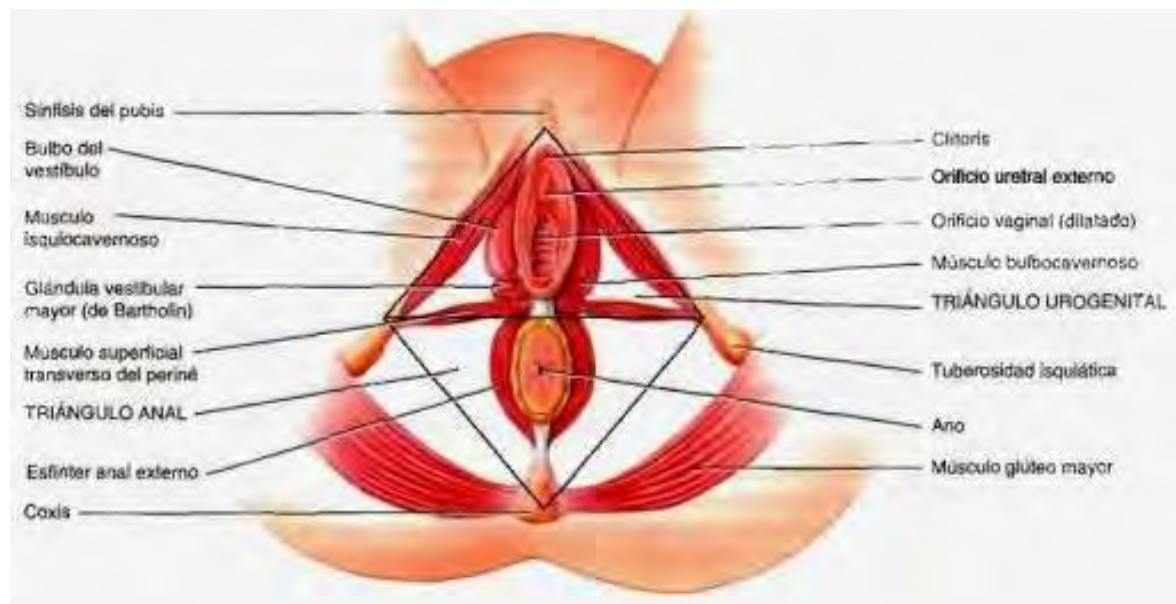
En la figura se muestra los órganos genitales externos de la mujer o vulva: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario, orificio vaginal y glándulas de Bartholin.

1. El monte de Venus es un pelotón adiposo cubierto de piel situado sobre la sínfisis del pubis; en la pubertad aparecen pelos gruesos que persisten toda la vida.
2. Los labios mayores presentan superficie externa de piel pigmentada y con pelos, y superficie interna lisa y lampiña. Consiste principalmente en grasa y abundantes glándulas.
3. Los labios menores están situados dentro de los labios mayores y cubiertos de piel modificada. Los dos labios se acercan hacia adelante en la línea media; la zona circunscrita por los labios menores es el vestíbulo.⁴¹
4. El clítoris es un pequeño órgano que consiste en tejido eréctil situado inmediatamente por detrás de la unión de los labios menores y homólogo de los cuerpos cavernosos y el glande del pene. El clítoris está cubierto por un repliegue cutáneo de prepucio, al igual que el glande en el varón.
5. El meato urinario es el pequeño orificio de la uretra situado entre el clítoris y el orificio vaginal.
6. El orificio vaginal es una abertura que, en la virgen, suele tener dimensiones apenas mayores que las del meato urinario a causa del borde constrictor formado por el himen. En la mujer casada, el orificio vaginal es bastantes mayor que el meato urinario y está situado hacia atrás del mismo.
7. Las glándulas de Bartholin o glándulas vestibulares mayores son dos formaciones que podrían compararse a una habichuela, situadas a cada lado del orificio vaginal.

⁴¹ C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISIOLOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 626

PERINEO

El perineo es la región muscular revestida de piel entre el orificio vaginal y el ano. Esta zona tiene gran importancia clínica por el peligro que se desgarre durante el parto. Estos desgarros suelen ser profundos, tienen bordes irregulares y se extienden por todo el espesor del perineo, cuerpo perineal muscular e incluso esfínter anal, lo que produce el escape involuntario del contenido rectal hasta que se repara esta herida. Además, las lesiones del cuerpo perineal pueden provocar prolapso uterino o vaginal parcial si se debilita esta importante estructura de sostén. Para evitar esta posibilidad, suele practicarse una incisión llamada episiotomía en el perineo sobre todo en el primer parto.

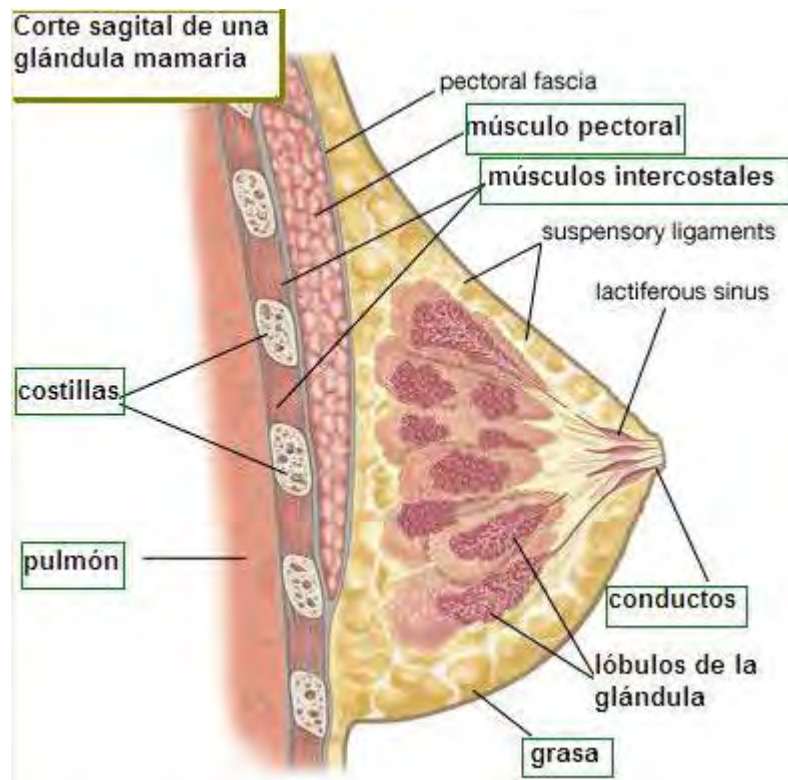


MAMAS

Localización y tamaño

Las mamas están situadas sobre los músculos pectorales y unidos a ellos por una capa de tejido conectivo. El desarrollo de estos órganos durante la pubertad es regulado por los estrógenos y la progesterona, las dos hormonas ováricas. Los estrógenos estimulan el crecimiento de los conductos de las glándulas mamarias, y la progesterona el desarrollo de los alveolos, las células secretorias. El volumen mamario depende más de la cantidad de grasa que rodea al tejido glandular que de la cantidad de tejido glandular mismo.

En consecuencia, el volumen de las mamas no guarda ninguna relación con su capacidad funcional.



Estructura

Cada mama consiste en varios lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo; cada lóbulo está formado por varios lobulillos, los cuales, a su vez, consisten en células secretorias de la glándula, dispuestas a manera de racimos de uvas alrededor de conductos diminutos. Los conductos de varios lobulillos se unen y forman un conducto excretorio

para cada lóbulo; esto es, hay entre 15 y 20 para cada glándula mamaria. Estos conductos principales convergen hacia el pezón a manera de los rayos de una rueda. Se dilatan algo antes de llegar al pezón en los llamados senos lactíferos, que son pequeños reservorios. Cada uno de estos conductos principales termina en un pequeño orificio en la superficie del pezón. Se deposita tejido adiposo alrededor de la superficie de la glándula, inmediatamente debajo de la piel y entre los lóbulos.

Los pezones están rodeados de una zona pigmentada circular, la aréola; presenta muchas glándulas sebáceas que se advierten en forma de pequeños nódulos debajo de la piel. En los caucásicos, aréola y pezón cambian de color, desde el rosado delicado hasta el pardo al principio del embarazo, hecho de valor para diagnosticar un primer embarazo. El color disminuye después de que ha terminado la lactancia, pero nunca vuelve por completo al tono virginal. En las mujeres de piel más oscura, no se observará cambio de color en aréola o pezones durante el primer embarazo.

Es de suma importancia conocer el drenaje linfático de la mama en medicina clínica, por que las células de los tumores mamarios malignos suelen extenderse hacia otras regiones del cuerpo a través de estos linfáticos.⁴²

Función

La función de la glándula mamaria es la lactación; esto es, secretar leche para alimentar al neonato.

Mecanismo que controla la lactancia

En resumen, la lactancia es regulada por el siguiente mecanismo:

1. Las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, actúan en las mamas y las preparan estructuralmente para secretar leche. Los estrógenos estimulan el desarrollo de los conductos mamarios. La progesterona actúa en la glándula preparada por los estrógenos y fomenta que llegue a su término el desarrollo de conductos y alveolos, las células secretorias de las mamas. La concentración alta de estrógenos en la sangre inhibe la secreción adenohipofisaria de hormona lactógena.

42 C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISIOLOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 628

2. Al expulsarse la placenta después del nacimiento del niño se elimina una fuente principal de estrógenos. La disminución rápida resultante de la concentración sanguínea de estas hormonas estimula a la adenohipofisis que secreta hormonas lactógena. Además, los movimientos de succión del niño que se amamanta actúan de alguna manera para estimular la secreción adenohipofisaria de hormona lactógena y la secreción de oxitocina por el lóbulo posterior de la hipófisis.⁴³
3. La hormona lactógena estimula la lactación; esto es, hace que los alveolos de las glándulas mamarias secreten leche. La secreción láctea comienza aproximadamente en el tercero o cuarto día después del nacimiento del niño, y substituye a una secreción acuosa y amarillenta llamada calostro. Con estimulación repetida por la succión del lactante, además de diversas condiciones vitales y físicas favorables, la lactancia puede proseguir casi, podría decirse, indefinidamente.
4. La oxitocina estimula a los alveolos mamarios para expulsar la leche hacia los conductos, lo cual permite al lactante extraerla al mamar.

⁴³ C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICIÓN). (1983). ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA. MÉXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 629

CAPÍTULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

(Virginia Henderson)

VALORACIÓN

Ficha de identificación

Nombre del paciente: GHWJ, **Edad:** 21 años, **Sexo:** femenino, **Ocupación:** empleada,
Estado civil: unión libre, **Religión:** católico, **Escolaridad:** preparatoria, **Idioma:** español,
Domicilio: Vía Morelos núm. 1205, Col. San Pedro, Ecatepec, Edo. México, **Unidad de salud donde se atiende:** Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”,
Antecedentes patológicos: HAS madre, obesidad abuela materna **Antecedentes no patológicos:** parto pre terminó madre **Antecedentes heredofamiliares:** embarazo gemelar tías, tíos paternos y maternos.

Diagnóstico médico

Gesta I Embarazo de 29 semanas de gestación por FUM + Amenaza de parto pretérmino

Signos vitales

Respiración: frecuencia: 23x', **Pulso:** frecuencia: 80x', **Temperatura:** 37°, **Tensión arterial:** 110/60, **Somatometría:** peso: 56 kg talla: 1.58 cm

Presentación del caso

Paciente femenina de 21 años en la tercera década de vida, edad aparente a la cronológica, que al día 20 de noviembre del 2015 presenta: estatura de 1.58 y peso de 56 kg bajo peso para estatura y condiciones del embarazo, gesta 1 embarazo de 29 semanas de gestación (SDG) por fecha última de menstruación (FUM), llega al servicio de urgencias gineco-obstétricas del Hospital General de México, con ruptura prematura de membranas de 1hr de evolución, salida de líquido amniótico, sangrado transvaginal, contracciones uterinas 2 cada 20 min con movimientos fetales presentes, fecha probable de parto: 24 enero del 2016.

Diagnóstico médico: amenaza de parto preterminó (APP) de 29 semanas de gestación por FUM (19.04.15), Signos vitales: temperatura corporal de 37° C, FR de 23, FC de 80 y TA de 110/60 mmHg. La paciente se encuentra consciente, orientada, alerta, semi-hidratada, ligera palidez de tegumentos, responde a estímulos externos, embarazo no planificado, no deseado y desinterés al embarazo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos sin alteración, mamas secretantes de calostro, abdomen globoso con fondo uterino de 26cm bajo para edad de gestación, genitales íntegros con sangrado transvaginal fresco y salida de líquido amniótico, miembros inferiores íntegros con edema ++. La paciente refiere 2 consultas prenatales en el IMSS, acude con laboratorios de fechas: 1.sep.2015, 24.sep.2015 y 2 ultrasonidos 05.sep.2015, 19.jun.2015. Producto único vivo con presencia de movimientos fetales, FCF: 138 latidos por minuto, se realizan maniobras de Leopold, situación transversa, en dorso izquierdo, presentación cefálica, altura de la presentación libre, Se estabiliza deteniendo sangrado así como las contracciones y comienza esquema de maduración pulmonar a 3 dosis.

Exploración física

Paciente femenina de 21 años en la tercera década de vida, con diagnóstico de embarazo de 29 SDG+APP, con FPP 24 enero 2016, integra en todas sus partes, edad aparente a la cronológica. Cráneo normo cefálico, mucosas orales semi-hidratadas, con presencia de 32 dientes (dentición completa), sin presencia de lesiones, dientes descalcificados, lengua brillante y húmeda de color rosáceo con ligera saburra ligeramente blanquecina. Cuero cabelludo graso, adecuada implantación de cabello con caída excesiva del mismo, ojos simétricos, nariz simétrica y recta, presenta náuseas sin llegar al vómito. Pupilas isocóricas y normorreflécticas. Cuello cilíndrico sin datos de compromiso vascular, tráquea central y móvil. Tórax sin datos de compromiso cardiopulmonar aparente, mamas simétricas con presencia de secreción (calostro). Abdomen globoso a expensas de útero gestante, refiere motilidad fetal normal, con un fondo uterino de 26 cm bajo para edad gestacional, se realizan maniobras de Leopold, encontrándose producto en situación transversa, en posición dorso izquierdo, con presentación cefálica, altura de la presentación libre, se realiza monitorización de la frecuencia cardíaca fetal de 138 latidos por minuto. Genitales adecuados a género, con presencia de líquido transvaginal escaso y fresco, salida de líquido amniótico escaso. Extremidades eutróficas simétricas con tono muscular adecuado, edema ++, sensibilidad presente, dificultad y agitación al adoptar diferentes posturas. En general se observa paciente ansiosa, temerosa con bajo peso para semanas de gestación, ligera desnutrición, y poca cooperación para las actividades propias del hospital. (Anamnesis, exploración, medicación, etc.)

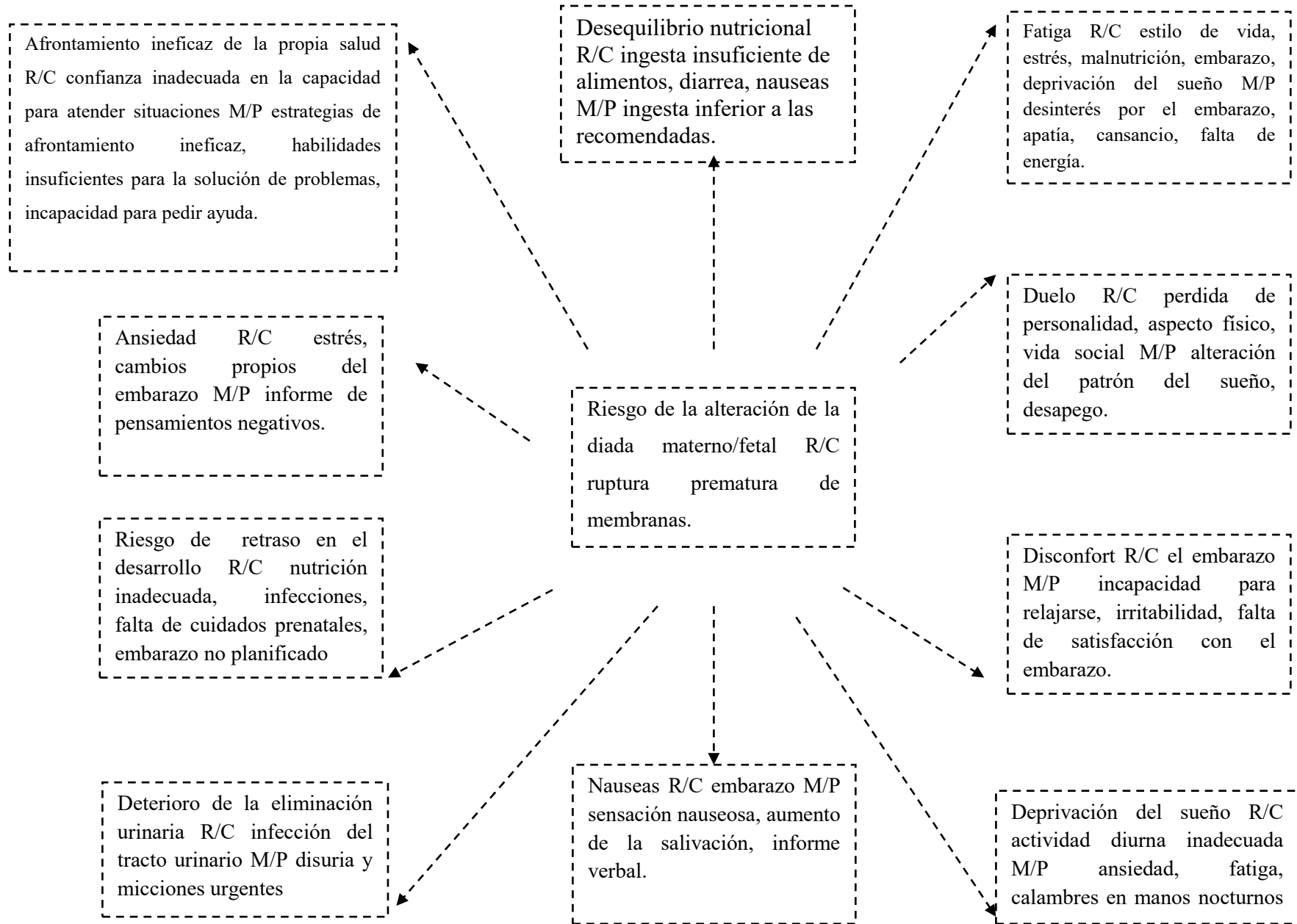
Necesidades alteradas

- Nutrición e hidratación
- Eliminación
- Moverse y mantener buena postura
- Descanso y sueño
- Evitar peligros
- Comunicación
- Trabajar y realizarse
- Jugar y participar en actividades recreativas
- Aprendizaje

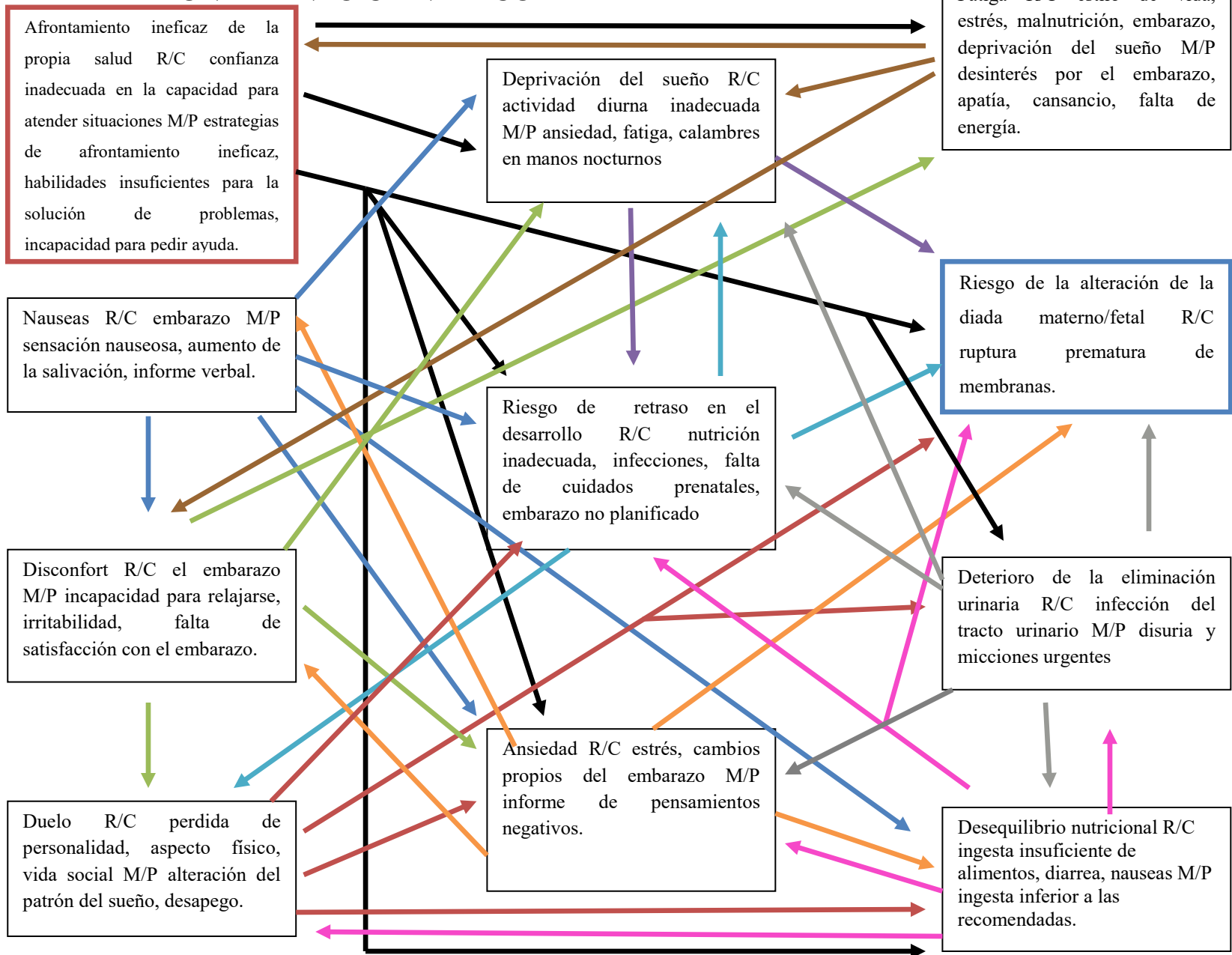
DIAGNÓSTICO

- ✓ Afrontamiento ineficaz de la propia salud R/C confianza inadecuada en la capacidad para atender situaciones M/P estrategias de afrontamiento ineficaz, habilidades insuficientes para la solución de problemas, incapacidad para pedir ayuda.
- ✓ Desequilibrio nutricional R/C ingesta insuficiente de alimentos, diarrea, náuseas M/P ingesta inferior a las recomendadas.
- ✓ Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal R/C ruptura prematura de membranas.
- ✓ Fatiga R/C estilo de vida, estrés, malnutrición, embarazo, de privación del sueño M/P desinterés por el embarazo, apatía, cansancio, falta de energía.
- ✓ Riesgo de retraso en el desarrollo del producto R/C nutrición inadecuada, infecciones, falta de cuidados prenatales , embarazo no planificado
- ✓ Ansiedad R/C estrés, cambios propios del embarazo M/P informe de pensamientos negativos.
- ✓ Duelo R/C pérdida de personalidad, aspecto físico, vida social M/P alteración del patrón del sueño, desapego.
- ✓ Discomfort R/C el embarazo M/P incapacidad para relajarse, irritabilidad, falta de satisfacción con el embarazo.
- ✓ Náuseas R/C embarazo M/P sensación nauseosa, aumento de la salivación, informe verbal.
- ✓ Deterioro de la eliminación urinaria R/C infección del tracto urinario M/P disuria y micciones frecuentes.
- ✓ Deprivación del sueño R/C actividad diurna inadecuada M/P ansiedad, fatiga, calambres nocturnos en manos e irritabilidad.

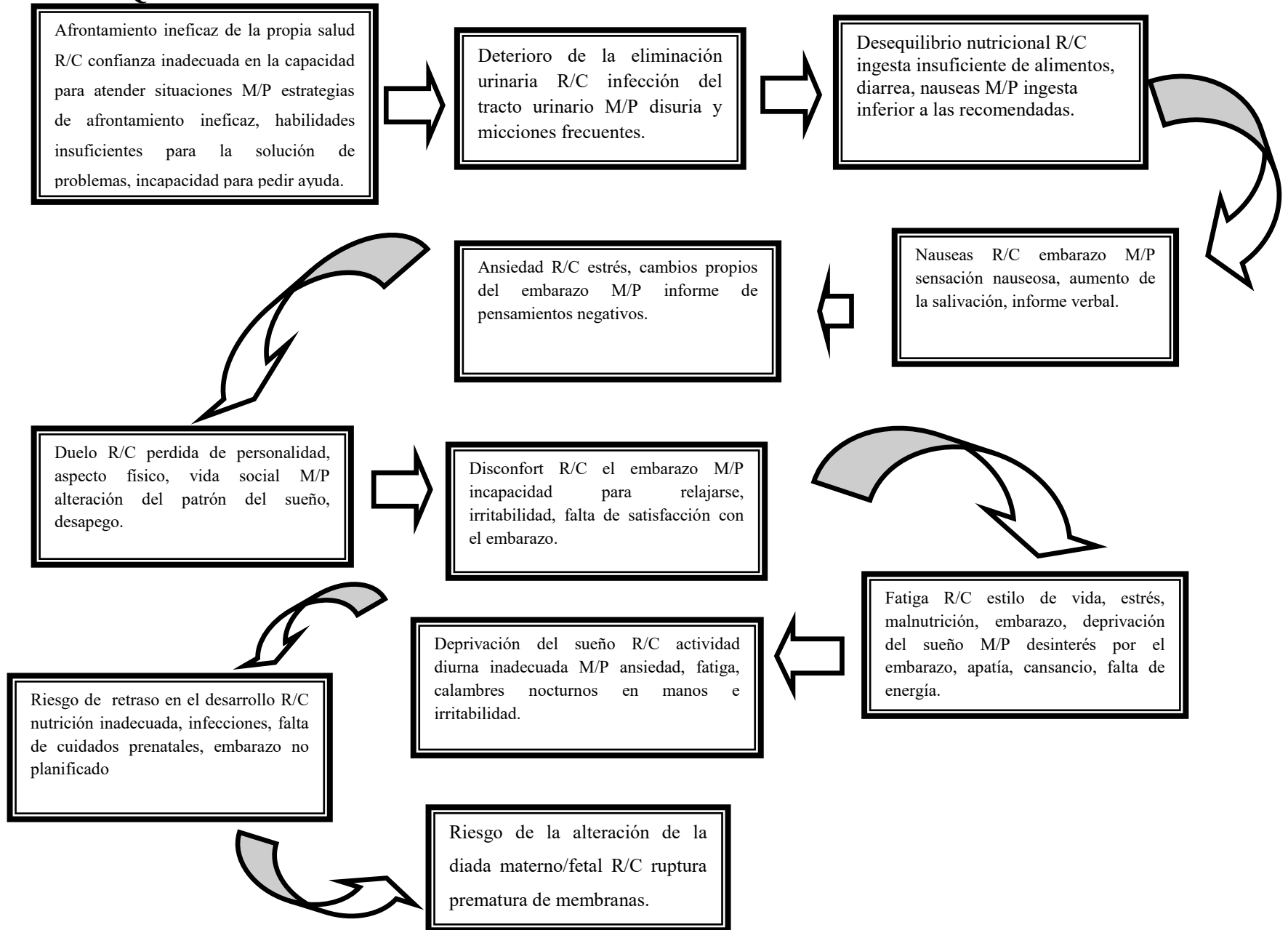
MODELO AREA



RED DE RAZONAMIENTO CIENTIFICO



JERARQUIZACION DE DIAGNÓSTICO



INTERVENCION DE CUIDADOS



INSTITUTO MARILLAC A.C.
PERIODO 2013-2014-1 CLAVE 3033-12
INCORPORADA A LA UNAM
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

NECESIDAD		Afrontamiento ineficaz de la propia salud						
DIAGNOSTICO: (00078)		NOC	(0313) NIVEL DE AUTOCUIDADO					
Confianza inadecuada en la capacidad para atender situaciones M/P estrategias de afrontamiento ineficaz, habilidades insuficientes para la solución de problemas, incapacidad para pedir ayuda.			Capacidad para realizar actividades de cuidados personales y actividades de la vida diaria.					
			DOMINIO:	Salud funcional (01)	CLASE:	Autocuidado (D)	MANTENER A: 4	
						AUMENTAR A: 5		
DOMINIO	1	CLASE	INDICADORES				ESCALA DIANA:	
DEFINICION: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es satisfactorio para alcanzar objetivos relacionados con la salud.		31301 Se baña				5 Levemente 4 Poco comprometido 3 Moderadamente 2 Sustancialmente 1 Gravemente comprometido		
		31304 Se alimenta						
		31305 Mantiene higiene personal						
		31314 Reconoce necesidades de seguridad en hogar						
		31315 controla su propia medicación no parenteral						
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: mostro interés hacia su persona así como su hijo, se bañaba diario, comenzó a comer carne y llevar una buena alimentación, reconoce las necesidades de seguridad de casa como del entorno hospitalario.								

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC		(5510) Educación sanitaria		NIC		(5606) Enseñanza individual	
DEFINICIÓN:		Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.		DEFINICIÓN:		Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.	
CAMPO:	Conductual (3)	CLASE:	Educación de los pacientes (S)	CAMPO:	Conductual (03)	CLASE:	Educación de los pacientes (S)
ACTIVIDADES (5510)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar la disminución y motivación en conductas sanitaria. 551003 				Para enfrentar exitosamente las limitaciones personales, familiares y ambientales que afectan la salud.			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo. 551005 				Para identificar la capacidad para desarrollar y administrar un ambiente sano sostenible.			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar las características que afectan a la selección de las estrategias de enseñanza. 551007 				Es importante poder identificarlas, para trabajar en ellas y convertirlas en elementos de ayuda en el cuidado de la salud			
<ul style="list-style-type: none"> Establecer prioridades de las necesidades identificadas del paciente en función de las preferencias del paciente, recursos, técnica y probabilidades de éxito. 551008 				Jerarquizar ayuda a partir de la necesidad más importante, y a su vez de respuesta a otras necesidades de menor importancia.			
<ul style="list-style-type: none"> Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos. 				Con la intención de ayudar al desarrollo integral, para que desarrolle ciertos valores que permitan interactuar adecuadamente en la salud del paciente.			
ACTIVIDADES (5606)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. 560603 				Identificar qué factores afectan o favorecen en la enseñanza para poder trabajar en ellos.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. 560604 				Para conseguir la motivación desde la empatía.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar el nivel educativo del paciente. 560605 				Determina que términos y palabras se van a emplear para una buena comunicación y entendimiento.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar capacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas. 				Aprovechar estas cualidades para el mejor desenvolvimiento del paciente y la enseñanza y educación se a efectiva.			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias, cuidados, aprendizaje y experiencias). 560608 				Para que modifique sus hábitos y descubra cual es la razón por la que debería cambiar su conducta y que esta se mantenga en el tiempo.			



NECESIDAD		Desequilibrio nutricional : ingesta inferior a las necesidades					
DIAGNOSTICO: (00002)		NOC	(1621) CONDUCTA DE ADHESION DIETA SALUDABLE Acciones personales para controlar y optimizar un régimen dietético y nutricional saludable				
R/C ingesta suficiente de alimentos, diarrea, nauseas M/P ingesta inferior a las necesidades diarias.			DOMINIO:	Conocimiento y conducta de la salud (IV)	CLASE:	Conducta de la salud (Q)	MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4
		DOMINIO	2	CLASE	1	ESCALA DIANA: 5 Siempre 4 Frecuentemente 3 A veces 2 Rara vez 1 Nunca	
DEFINICION:		INDICADORES					
Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas		162101 Establece objetivos dietéticos alcanzables.					
		162103 Busca información sobre pautas nutricionales establecidas.					
		162104 Utiliza las pautas nutricionales recomendadas para planificar la comida.					
		162107 Selecciona alimentos basándose en la información nutricional.					
		162118 toma suplementos de vitaminas/ minerales según las pautas.					
EVALUACIÓN: El paciente está en proceso de lograr los resultados esperados y puede conducir a replantear otras actividades que coadyuven al logro de los objetivos, ingiere vitaminas, comienza a comer carnes.							

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad			NIC	(1160) Monitorización nutricional		
DEFINICIÓN:	Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.			DEFINICIÓN:	Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la mal nutrición.		
CAMPO:	Conductual (3)	CLASE:	Terapia conductual (O)	CAMPO:	Fisiológico(1)	CLASE:	Apoyo nutricional (D)
ACTIVIDADES (4480)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. 448001 				La responsabilidad e establece dichas acciones y cómo afrontarlas de la manera más positiva e integral para ayudar en un futuro.			
<ul style="list-style-type: none"> • Discutir el grado de responsabilidad del estado de salud actual. 448002 				Para tomar una serie de decisiones de manera consciente, sino también de asumir las consecuencias			
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente tiene conocimientos acerca de los cuidados de su salud. 448003 				El paciente tiene derecho a estar informado sobre cambios, conductas y todo lo que implica el embarazo así como sus riesgos.			
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. 448004 				Para responder de manera adecuada y construir relaciones más profundas en diversas situaciones sociales.			
<ul style="list-style-type: none"> • Observar el nivel de responsabilidad que sume el paciente. 448005 				Llevar a cabo sus tareas con diligencia, seriedad y prudencia porque sabe que las cosas deben hacerse bien desde el principio hasta el final.			
ACTIVIDADES (1160)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente a los intervalos establecidos. 116001 				El peso es una determinante que permite saber el estado de salud.			
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. 116002 				Subir de 9 a 12 kg de peso durante el embarazo es lo ideal. Determina el crecimiento y desarrollo del producto.			
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la respuesta emocional del paciente. 116004 				Las emociones pueden jugar un papel importante en nuestra forma de pensar y de comportarnos.			
<ul style="list-style-type: none"> • Observar si se producen nauseas y vomito. 116012 				Las nauseas y vomito se consideran normal en el primer trimestre, pero puede ocasionar perdidas de peso considerables.			
<ul style="list-style-type: none"> • Observar preferencias y selección de comidas. 116016 				Idear platillos que contengan los requerimientos que necesita una mujer embarazada con la preferencia de alimentos del paciente.			
<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el crecimiento y desarrollo. 116017 				Con esto sabremos si se está llevando un adecuado control del embarazo.			
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad. 116018 				Los niveles de las emociones nos motiva a tomar medidas para el cuidado se la salud.			



NECESIDAD		Deterioro de la eliminación urinaria			
DIAGNOSTICO: (00016)		NOC	(1924) CONTROL DE RIESGO: PROCESO INFECCIOSO Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección.		
R/C infección del tracto urinario M/P disuria, micciones frecuentes.			DOMINIO:	Conocimiento y conducta de la salud (IV)	CLASE:
DOMINIO	3	CLASE	1	INDICADORES	
DEFINICIÓN: Disfunción en la eliminación urinaria		192401 reconoce el riesgo personal de infección			ESCALA DIANA: 5 Siempre 4 Frecuentemente 3 A veces 2 Rara vez 1 Nunca
		192402 reconoce las consecuencias asociadas a una infección			
		192403 reconoce conductas asociadas al riesgo de una infección			
		192405 identifica signos y síntomas personales que indican un riesgo potencial			
		192407 Identifica estrategias para protegerse frente a otros con una infección			
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: reconoce tener infección así como los riesgos, identifica signos y síntomas, identifica estrategias para protegerse frente a infecciones.					

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad			NIC	(5606) Enseñanza individual		
DEFINICIÓN:		Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.		DEFINICIÓN:		Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.	
CAMPO:	Conductual (3)	CLASE:	Terapia conductual (O)	CAMPO:	Conductual (03)	CLASE:	Educación para pacientes (S)
ACTIVIDADES (4480)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. 448001 				La responsabilidad e establece dichas acciones y cómo afrontarlas de la manera más positiva e integral para ayudar en un futuro.			
<ul style="list-style-type: none"> Discutir el grado de responsabilidad del estado de salud actual. 448002 				Para tomar una serie de decisiones de manera consciente, sino también de asumir las consecuencias.			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar si el paciente tiene conocimientos acerca de los cuidados de su salud. 448003 				El paciente tiene derecho a estar informado sobre cambios, conductas y todo lo que implica el embarazo así como sus riesgos.			
<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. 448004 				Para responder de manera adecuada y construir relaciones más profundas en diversas situaciones sociales.			
<ul style="list-style-type: none"> Observar el nivel de responsabilidad que sume el paciente. 448005 				Llevar a cabo sus tareas con diligencia, seriedad y prudencia porque sabe que las cosas deben hacerse bien desde el principio hasta el final.			
ACTIVIDADES (5606)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. 560603 				Identificar qué factores afectan o favorecen en la enseñanza para poder trabajar en ellos.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. 560604 				Para conseguir la motivación desde la empatía.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar el nivel educativo del paciente. 560605 				Determina que términos y palabras se van a emplear para una buena comunicación y entendimiento.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar capacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas. 				Aprovechar estas cualidades para el mejor desenvolvimiento del paciente y la enseñanza y educación se a efectiva.			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias, cuidados, aprendizaje y experiencias). 560608 				Para que modifique sus hábitos y descubra cual es la razón por la que debería cambiar su conducta y que esta se mantenga en el tiempo.			



NECESIDAD		Deprivación del sueño				
DIAGNOSTICO: (00096)		NOC	(0003) DESCANSO			
R/C actividad diurna inadecuada M/P ansiedad, fatiga, calambres nocturnos en manos, irritabilidad.			Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física			
		DOMINIO:	Conocimiento y conducta de la salud (IV)	CLASE:	Conocimientos sobre salud (S)	MANTENER A: 2
						AUMENTAR A: 4
DOMINIO	4	CLASE	1	INDICADORES		
DEFINICION:		301 tiempo de descanso			ESCALA DIANA:	
Periodos de tiempo prolongado sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).		302 patrón de descanso				
		304 descansado físicamente				
		305 descansado mentalmente				
		308 descansado emocionalmente				
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: toma tiempos de descanso, se siente descansado mental, físicamente y emocionalmente.						

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	(6482) Manejo ambiental; Confort			NIC	(1850) Mejorar sueño		
DEFINICIÓN:	Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.			DEFINICIÓN:	Facilitar ciclos reguladores de sueño/ vigilia		
CAMPO:	fisiológico (1)	CLASE:	Fomento de la comodidad física (E)	CAMPO:	Fisiológico(1)	CLASE:	Facilitación de autocuidado (F)
ACTIVIDADES (6482)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Ajustar iluminación, evitando la luz directa en los ojos. 648201 				Tener un cuarto oscuro ayuda a la relajación y conciliación del sueño.			
<ul style="list-style-type: none"> Ajustar temperatura ambiental. 648202 				Por debajo de lo normal son aún más difíciles de tolerar para nuestro cuerpo: a los 35 °C, aparece una sensación de somnolencia y es posible entrar en un letargo profundo.			
<ul style="list-style-type: none"> Ajustar la comodidad, alineación, uso de almohadas. 648203 				Elija un colchón firme y cómodo. Consíentase con sábanas y cobijas de buena calidad. Invierta en sábanas suaves de algodón			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar las fuentes de incomodidad. 648205 				Procurar un ambiente tranquilo, sin luz, sin ruido, buena temperatura, no solo favorece el sueño sino también el descanso.			
<ul style="list-style-type: none"> Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo 				Algunas modificaciones menores y técnicas de sentido común pueden ser todo lo que se requiera para descansar.			
ACTIVIDADES (1850)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar el esquema de sueño. 185001 				Ayuda a monitorizar e identificar factores favorables o desfavorables del sueño.			
<ul style="list-style-type: none"> Incluir el ciclo regular de sueño. 185002 				Ayuda a establecer una rutina de descanso y sueño en el organismo.			
<ul style="list-style-type: none"> Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo. 185003 				El sueño nos da descanso y con ello un adecuado crecimiento y desarrollo del producto, eliminando estrés, ansiedad; brindando tranquilidad.			
<ul style="list-style-type: none"> Observar, registrar el número de horas de sueño del paciente. 185005 				Llevar un control para monitorizar y evaluar si los cambios efectuados han sido efectivos o requiere ajustes.			
<ul style="list-style-type: none"> Ajustar el ambiente, luz, almohadas, ruidos, cama, colchón etc. 1850009 				Instaurar una rutina, incorporando una lectura, una bebida caliente (sin cafeína), oír música suave o lo que sea es de gran utilidad para relajarse.			



NECESIDAD		Fatiga	
DIAGNOSTICO: (00093)			
R/C estilo de vida, estrés, malnutrición, embarazo, deprivación del sueño M/P desinterés por el embarazo, apatía, cansancio, falta de energía.	NOC	(1007) ESTADO NUTRICIONAL: ENERGIA Grado en que los nutrientes y oxígeno proporcionan energía celular	
		DOMINIO:	Salud física (02)
		CLASE:	Digestión y nutrición (K)
DOMINIO	4	CLASE	3
DEFINICIÓN:		INDICADORES	
Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.		100701 energía	
		100705 resistencia a la infección	
		100708 tono muscular	
		100704 curación tisular	
		ESCALA DIANA:	
		5 Levemente	
		4 Poco comprometido	
		3 Moderadamente	
		2 Sustancialmente	
		1 Gravemente comprometido	
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: el paciente tiene mayor energía para actividades y conducta, mejor tono muscular para adoptar posturas.			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC		(0180) manejo de la energía		NIC		(1030) manejo de los trastornos de la alimentación	
DEFINICIÓN:		Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.		DEFINICIÓN:		Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, los ejercicios en exceso y purga de alimentos y líquidos.	
CAMPO:	Fisiológico (01)	CLASE:	Control de actividad y ejercicio (A)	CAMPO:	Fisiológico(1)	CLASE:	Apoyo nutricional (D)
ACTIVIDADES (0180)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar las causas de la fatiga por parte del paciente. 18002 				Ayuda a identificar los factores que causan la fatiga para poder trabajar en ellos y conseguir eliminarlos.			
<ul style="list-style-type: none"> Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. 18003. 				Es de gran importancia la cultura y costumbres, a si como gustos y desagradados para con ello idear planes a favor del paciente.			
<ul style="list-style-type: none"> Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. 18006 				Equilibrar los platillos en cuanto a demanda del paciente, no solo favorece la nutrición del paciente si no el adecuado crecimiento y desarrollo del producto.			
<ul style="list-style-type: none"> Observar si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. 18008 				Las frutas y verduras son de suma importancia para el organismo pero no alcanzan a cubrir la demanda del organismo en cuanto a energía.			
<ul style="list-style-type: none"> Observar y registrar numero de sueño de horas del paciente. 18010 				El no llevar un sueño y descanso satisfactorio trae como consecuencia baja energía, apatía y sensación de desgano en las personas.			
ACTIVIDADES (1030)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Hablar con el paciente y el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo. 103002 				Subir de 9 a 12 kg en el embarazo se considera dentro de lo normal, explicar la distribución del peso en cuanto al embarazo es de gran utilidad.			
<ul style="list-style-type: none"> Establecer la ganancia de peso mensual. 103003 				Se considera normal subir alrededor de 1kg mensualmente.			
<ul style="list-style-type: none"> Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición en el paciente. 103005 				Una buena nutrición del paciente se ve reflejada en el producto, el crecimiento y desarrollo es esencial para la vida de este.			
<ul style="list-style-type: none"> Vigilar parámetros fisiológicos. 103008 				Evaluar para poder dar solución a posibles alteraciones en este.			
<ul style="list-style-type: none"> Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico. 103011 				No solo se requiere comer, si no llevar un consumo calórico de acuerdo a la demanda de la paciente embarazada.			



NECESIDAD		Riesgo de alteración de la diada materno/fetal					
DIAGNOSTICO: (00209)		NOC	(2509) ESTADO MATERNO: PREPARTO Grado en el que el bienestar materno esta dentro de los límites normales desde la concepción hasta el comienzo del parto.				
R/C ruptura prematura de membranas.			DOMINIO:	Salud familiar (06)	CLASE:	Edo. Salud de los miembros del fam. (Z)	MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 5
DOMINIO	8	CLASE	3	INDICADORES			ESCALA DIANA: 5 Levemente 4 Poco comprometido 3 Moderadamente 2 Sustancialmente 1 Gravemente comprometido
DEFINICION:		250901 Apego al feto.					
Riesgo de la alteración de la diada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el.		250902 superación de las molestias de la gestación					
		250904 cambio de peso.					
		250905 edemas.					
		250906 cefaleas.					
EVALUCIÓN: El paciente está en proceso de lograr los resultados esperados y puede conducir a replantear otras actividades que coadyuven al logro de los objetivos: el paciente se rehúsa a cambiar estrictamente su estilo de vida ya que fue un embarazo no planeado.							

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	(6960) cuidados prenatales			NIC	(5540) potenciación de la disposición de aprendizaje		
DEFINICIÓN:	Control y seguimiento de un paciente durante el embarazo para evitar complicaciones y promover un resultado saludable tanto para la madre como para el bebe.			DEFINICIÓN:	Mejorar la capacidad y disposición de recibir información		
CAMPO:	Familia (05)	CLASE:	Cuidados de un nuevo bebe (W)	CAMPO:	Conductual (03)	CLASE:	Terapia cognitiva (P)
ACTIVIDADES (6960)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Instruir sobre la importancia de los cuidados prenatales. 696001 				Se deben tener como mínimo 5 consultas prenatales, así como el consumo de acido Fólico antes o durante los primeros 3 meses de gestación.			
<ul style="list-style-type: none"> Animar a los padres que asistan a clases prenatales. 696003 				Un embarazo es responsabilidad de ambos padres, la unión da seguridad y confianza.			
<ul style="list-style-type: none"> Vigilar el estado nutricional. 696005 				Es normal que durante el primer trimestre halla descenso en el peso pero se verá reflejada la ganancia en los próximos dos trimestres del embarazo.			
<ul style="list-style-type: none"> Vigilar ganancias de peso durante el embarazo. 696006 				Es normal que durante el primer trimestre halla descenso en el peso pero se verá reflejada la ganancia en los próximos dos trimestres del embarazo.			
<ul style="list-style-type: none"> Instruir a la paciente en los ejercicios de reposo adecuados. 696008 				El descanso y sueño elimina estados de ansiedad, fatiga, cansancio; da tranquilidad confianza y confort en el paciente.			
ACTIVIDADES(5540)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Disponer un ambiente no amenazador. 554001 				Brindar confianza y empatía con el paciente nos dará pauta a expresar sus emociones, deseos, molestias y así trabajar en ellas.			
<ul style="list-style-type: none"> Satisfacer necesidades fisiológicas básicas. 554005 				Todo ser humano requiere la satisfacción de estas necesidades,			
<ul style="list-style-type: none"> Disminuir nivel de fatiga del paciente. 554006 				La tranquilidad y serenidad del paciente nos ayuda a tomar decisiones objetivas y tomar con serenidad el proceso del embarazo.			
<ul style="list-style-type: none"> Satisfacer necesidades de seguridad del paciente. 554013 				la seguridad es la clave para todo proceso, dando fortaleza, confianza pero sobretodo disposición a la realización de las tareas			
<ul style="list-style-type: none"> Vigilar el estado emocional del paciente. 554014 				Las emociones juegan un papel importante en la toma de decisiones para la vida propia y en este caso la salud no solo del paciente si no del producto.			



NECESIDAD		Ansiedad	
DIAGNOSTICO: (00146)			
R/C estrés, cambios propios del embarazo M/P informe de pensamientos negativos.	NOC	(1402) AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	
		Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.	
	DOMINIO:	Salud psicosocial (03)	CLASE: autocontrol (O)
			MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4
DOMINIO	9	CLASE	2
INDICADORES			
DEFINICION: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.	140201 monitoriza la intensidad de la ansiedad.		ESCALA DIANA: 5 Siempre 4 Frecuentemente 3 A veces 2 Rara vez 1 Nunca
	140102 elimina precursores de la ansiedad.		
	140203 disminuye estímulos ambientales.		
	140205 planea estrategias para superar situaciones estresantes		
	140207 utiliza estrategias de relajación para reducir la ansiedad.		
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: el paciente elimina precursores de ansiedad, disminuye los estímulos ambientales y utiliza estrategias de relajación.			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC		(5230) aumentar el afrontamiento		NIC		(5820) disminución de la ansiedad	
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.		DEFINICIÓN:		Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.	
CAMPO:	Conductual (3)	CLASE:	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles (R)	CAMPO:	conductual (03)	CLASE:	Fomento de la comodidad psicológica (T)
ACTIVIDADES (5230)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. 533002 				Estar consciente de lo que es un embarazo; cambios, conductas, emociones, roles etc. Para generar buena toma de decisiones.			
<ul style="list-style-type: none"> alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. 523003 				Estar embarazada no imposibilita al paciente a menos que sea de alto riesgo, por el contrario solo se deben ajustar las rutinas y medidas.			
<ul style="list-style-type: none"> valorar la comprensión del paciente en el proceso de enfermedad. 523004 				Es necesario mimar a una mujer embarazada, hacerla sentir segura y apoyada principalmente la pareja y familiares.			
<ul style="list-style-type: none"> disponer de un ambiente de aceptación. 523007 				El embarazo debe ser aceptado principalmente por la madre, pareja y familia dando fortaleza y apoyo en las decisiones y cuidados.			
<ul style="list-style-type: none"> proporcionar información objetiva respecto al embarazo. 523010 				Tener un lenguaje que pueda ser de tranquilidad y comprensión para el paciente dando seguridad y tranquilidad en todo momento.			
ACTIVIDADES (5820)				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> utilizar un enfoque sereno que te de seguridad. 582001 				Hablar de todos los temas para evitar que se tomen por sorpresa, brindando material de apoyo para llevarlos acabo.			
<ul style="list-style-type: none"> establecer claramente las expectativas del comportamiento. 582002 				Primordial para la toma de desiciones y estado de animo asi como las emociones.			
<ul style="list-style-type: none"> explicar todos los procedimientos, que se han de experimentar durante el procedimiento. 582003 				Brindar informacion necesaria y comprensible ante el paciente y familia dara seguridad y tranquilidad.			
<ul style="list-style-type: none"> proporcionar información objetiva. 582005 				Usar un lenguaje entendible para la paciente y familia brindara seguridad y traquilidad.			
<ul style="list-style-type: none"> animar al paciente a permanecer con el bebe. 582007 				Ejercicios de apego y empatia son de gran utilidad.			



NECESIDAD		Duelo										
DIAGNOSTICO: (00136)		NOC	(1305) MODIFICACION PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.									
R/C perdida de personalidad, aspecto físico, vida social M/P alteración del patrón del sueño, desapego.			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>DOMINIO:</td> <td>Salud psicosocial (03)</td> <td>CLASE:</td> <td>Adaptación psicosocial (N)</td> <td>MANTENER A: 2</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>AUMENTAR A: 5</td> </tr> </table>	DOMINIO:	Salud psicosocial (03)	CLASE:	Adaptación psicosocial (N)	MANTENER A: 2				
DOMINIO:	Salud psicosocial (03)	CLASE:	Adaptación psicosocial (N)	MANTENER A: 2								
				AUMENTAR A: 5								
DOMINIO	9	CLASE	2	ESCALA DIANA: 5 Siempre 4 Frecuentemente 3 A veces 2 Rara vez 1 Nunca								
INDICADORES												
DEFINICION:		130501 establecimientos de objetivos realistas.										
Complejo proceso que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que una persona, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.		130502 Mantenimiento de la autoestima.										
		130503 expresiones de productividad.										
		130504 expresiones de utilidad.										
		130505 expresiones de optimismo sobre el presente.										
EVALUACIÓN:												
El paciente está en proceso de lograr los resultados esperados y puede conducir a replantear otras actividades que coadyuven al logro de los objetivos: el paciente se encuentra en duelo por los cambios presentes en su vida.												

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	(5270) apoyo emocional			NIC	(5440) aumentar los sistemas de apoyo		
DEFINICIÓN:	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.			DEFINICIÓN:	Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.		
CAMPO:	Conductual (03)	CLASE:	Ayuda hacer frente a situaciones difíciles (R)	CAMPO:	conductual (03)	CLASE:	Ayuda para hacer frente a situación difíciles (R)
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> comentar la experiencia emocional con el paciente. 527001 				Desahogar inquietudes y miedos para ir brindando seguridad tranquilidad y fortaleza.			
<ul style="list-style-type: none"> explorar que ha desencadenado las emociones. 527002 				La estabilidad emocional es pauta para la toma de decisiones y acciones			
<ul style="list-style-type: none"> abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. 527004 				Las palabras pueden ir acompañadas del contacto físico brindando un mayor lazo de unión entre la seguridad y fortaleza			
<ul style="list-style-type: none"> ayudar al paciente a reconocer sentimientos. 527006 				Identificar sentimientos no es fácil pero que lo expresen es aun más difícil, lograr esto es ejemplo de la gran respuesta y cooperación del Pte.			
<ul style="list-style-type: none"> animar al paciente a que exprese los sentimientos.527007 				Identificar sentimientos no es fácil pero que lo expresen es aun más difícil, lograr esto es ejemplo de la gran respuesta y cooperación del Pte.			
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> calcular respuesta psicológica a la situación. 544001 				Brindar apoyo emocional ante las situaciones para ir las eliminando.			
<ul style="list-style-type: none"> determinar el grado de apoyo familiar. 544003 				Es de suma importancia que la familia se encuentre unida brindando apoyo a paciente ante cualquier situación buen o no tan buena.			
<ul style="list-style-type: none"> determinar el grado de apoyo económico. 544004 				El tema de la economía es factor importante y de estrés en los pacientes brindar seguridad en este es de gran ayuda en la estabilidad emocional.			
<ul style="list-style-type: none"> determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso. 544005 				Debe existir un balance entre la pareja, la familia, la economía y el hogar			
<ul style="list-style-type: none"> observar la situación familiar actual. 544007 				Valorar el trato que existe con la pareja, el apego y el amor que existe entre ambos determina estados emocionales importantes.			



NECESIDAD		Disconfort	
DIAGNOSTICO: (00214)		NOC	(1608) CONTROL DE SINTOMAS Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.
M/P síntomas relacionados con el embarazo, incapacidad para relajarse, irritabilidad, falta de satisfacción con el embarazo.			DOMINIO:
		CLASE:	Conducta de la salud (Q)
DOMINIO		12	CLASE
		1	
DEFINICION:		INDICADORES	
Percepción de falta de tranquilidad, alivio, y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social.		160801 reconoce el comienzo del síntoma.	
		160802 reconoce la persistencia del síntoma.	
		160806 utiliza medidas preventivas	
		160809 utiliza recursos disponibles.	
		160811 refiere control de síntomas.	
		ESCALA DIANA:	
		5 Siempre 4 Frecuentemente 3 A veces 2 Rara vez 1 Nunca	
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: reconoce el comienzo de los síntomas, utiliza medidas preventivas y utiliza recursos disponibles.			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad			NIC	(4470) ayuda en las modificaciones de si mismo		
DEFINICIÓN:	Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.			DEFINICIÓN:	Reafirmación del cambio auto dirigido puesto en marcha por el paciente para corregir metas personales importantes.		
CAMPO:	Conductual (3)	CLASE:	Terapia conductual (O)	CAMPO:	conductual (03)	CLASE:	Terapia conductual (O)
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. 448001 				Ayudarnos a formar un alma sana y buena que sea útil para la humanidad entera.			
<ul style="list-style-type: none"> • Discutir el grado de responsabilidad del estado de salud actual. 448002 				El reflejo de como es la persona en su interior dando muchos aprendizajes que podamos compartir con los que se encuentran alrededor nuestro.			
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente tiene conocimientos acerca de los cuidados de su salud. 448003 				Determinar los temas que conoce, desconoce o conoce ligeramente y fortalecerlos.			
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. 448004 				Expresar emociones y sentimientos ayuda a limpiar el alma dando tranquilidad y desahogo.			
<ul style="list-style-type: none"> • Observar el nivel de responsabilidad que sume el paciente. 448005 				Un alto grado de responsabilidad conlleva toma decisiones objetivas.			
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> • Examinar los valores y creencias personales del paciente. 447001 				Son una guía para nuestro comportamiento diario.			
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las razones del paciente para desear cambiar. 447002 				Un autoestima alta no implica demasiados cambios.			
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conocimiento y habilidad actual del paciente. 447005 				La responsabilidad y valores generan toma de desiciones oncientes y objetivas.			
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. 447007 				Son parte de nuestra identidad como personas, y nos orientan para actuar en la casa, en el trabajo, o en cualquier otro ámbito de nuestras vidas.			
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a formular un plan de cambio sistemático. 447016 				Nos indican el camino para conducirnos de una manera y no de otra, frente a deseos o impulsos, bien sea que estemos solos o con otros.			



NECESIDAD		Nauseas		
DIAGNOSTICO: (00134)				
R/C embarazo M/P sensación nauseosa, aumento de la salivación, informe verbal.		NOC	(1618) CONTROL DE NAUSEAS Y VOMITOS Acciones personales para controlar síntomas de nauseas, esfuerzos para vomitar y vómitos.	
			DOMINIO:	Conocimiento y conducta de la salud (IV)
				MANTENER A: 4
				AUMENTAR A: 5
DOMINIO	12	CLASE	1	ESCALA DIANA: 5 Siempre 4 Frecuentemente 3 A veces 2 Rara vez 1 Nunca
INDICADORES				
DEFINICION:		161801 reconoce el inicio de las nauseas		
Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.		161802 describe factores causales		
		161805 utiliza medidas preventivas		
		161806 evita factores causales cuando es posible		
		161807 evita olores desagradables		
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: reconoce el inicio de las náuseas, describe factores causales, utiliza medidas preventivas.				

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC		(1450) manejo de la nauseas		NIC		(1517) Manejo del vomito	
DEFINICIÓN:		Prevención y alivio de las nauseas.		DEFINICIÓN:		Prevención y alivio del vomito	
CAMPO:	fisiológico (01)	CLASE:	Fomento de la comodidad física (E)	CAMPO:	Fisiológico(1)	CLASE:	Fomento de la comodidad física (E)
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Observación de la propia experiencia. 145001 				Nos sirven de brújula en todo momento para tener una actuación consistente en cualquier situación.			
<ul style="list-style-type: none"> Aprendizaje de estrategias para controlar las nauseas. 145002 				Disminuirán las molestias, generando tranquilidad y descanso al paciente.			
<ul style="list-style-type: none"> Hacer valoración completa de las nauseas.145003 				Evaluar, número de veces, consistencia, olor y forma para descartar otros problemas (hiperémesis)			
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el impacto de las nauseas sobre la calidad de vida. 145008 				Saber que genera en el paciente y que impacto está causando sobre él y su salud.			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar factores.145009 				Guía útil para partir al manejo y mejora de estos.			
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar vómitos. 157001 				Evaluar, número de veces, consistencia, olor y forma para descartar otros problemas (hiperémesis)			
<ul style="list-style-type: none"> Medir o estimar el volumen de emesis. 157002 				Importante para la nutrición del paciente y su producto.			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la frecuencia y duración. 157004 				Descartar problemas demayor importancia como la hiperemesis.			
<ul style="list-style-type: none"> Conseguir un historial dietético. 157006 				Recomendar alimentos frescos, frios y de gustos al paciente.			
<ul style="list-style-type: none"> Identificar factores. 157007 				Eliminar olores, sabores o situaciones incomodas que faciliten el vomito en el paciente.			



NECESIDAD		Riesgo de retraso en el desarrollo					
DIAGNOSTICO: (00112)		NOC	(1400) AUTOCONTROL DE LA CONDUCTA ABUSIVA Autorestricción de conductas abusivas y de abandono hacia los demás.				
R/C nutrición inadecuada, infecciones, falta de cuidados prenatales , embarazo no planificado			DOMINIO:	Salud psicosocial (03)	CLASE:	autocontrol (O)	MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 4
DOMINIO	12	CLASE	2			INDICADORES	ESCALA DIANA: 5 Siempre 4 Frecuentemente 3 A veces 2 Rara vez 1 Nunca
DEFINICION:		140005 utiliza mecanismos alternativos para superar el estrés.					
Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una de las aéreas de conducta social o auto reguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas.		140006 discute la conducta abusiva.					
		140007 identifica factores					
		140009 identifica recursos de ayuda social					
		140010 expresa frustración					
EVALUACIÓN: El paciente alcanzó los resultados esperados: identifica factores, identifica recursos de ayuda, expresa frustración.							

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC		(4470) ayuda en la modificación de si mismo		NIC		(6610) identificación de riesgos	
DEFINICIÓN:		Reafirmación del cambio auto dirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.		DEFINICIÓN:		Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgo para la salud y la asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.	
CAMPO:	Conductual (3)	CLASE:	Terapia conductual (O)	CAMPO:	seguridad (1)	CLASE:	Control de riesgos (V)
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Examinar los valores y creencias personales del paciente. 447001 				Ayudarnos a formar un alma sana y buena que sea útil para la humanidad entera.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar las razones del paciente para desear cambiar. 447002 				Son una guía para nuestro comportamiento diario.			
<ul style="list-style-type: none"> Valorar el estado de conocimiento y habilidad actual del paciente. 447005 				La responsabilidad y valores generan toma de desiciones ocncientes y objetivas.			
<ul style="list-style-type: none"> Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. 4470007 				Son parte de nuestra identidad como personas, y nos orientan para actuar en la casa, en el trabajo, o en cualquier otro ámbito de nuestras vidas.			
<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a formular un plan de cambio sistemático. 447016 				Nos indican el camino para conducirnos de una manera y no de otra, frente a deseos o impulsos, bien sea que estemos solos o con otros.			
ACTIVIDADES				FUNDAMENTACION			
<ul style="list-style-type: none"> Instaurar una rutina de riesgo mediante instrumentos fiables, 661001 				Nos sirven de base y razón fundamental para lo que hacemos o dejamos de hacer			
<ul style="list-style-type: none"> Revisar historial médico y los documentos del pasado. 661002 				Eliminar riesgos dados por factores del pasado.			
<ul style="list-style-type: none"> Mantener los riesgos y estadísticas precisas. 661003 				Mediante cambios en el proceso productivo que eviten la presencia de la sustancia peligrosa o mediante la sustitución de la sustancia peligrosa por otra que no lo sea, o lo sea en menor medida.			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar los sistemas de apoyo comunitario. 661006 				Nos permite tener una personalidad consistente, independientemente del estado de ánimo o del lugar en el que nos encontremos.			
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar. 661007 				Cuando creemos verdaderamente en una conducta que para nosotros representa un fundamento de vida sentimos fortaleza y seguridad.			

PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA					
Nombre del Paciente: WENDY GAVIA HINOJOSA			Sexo: FEM	Edad: 21	
Fecha de ingreso: 20nov2015		Fecha de egreso: 3dic2015			
Diagnóstico médico de egreso: Amenaza de parto pretermino					
CUIDADOS ESPECIALES					
Alimentación	Ingerir Frutas y verduras, consumir carnes, abundante agua simple, evitar café, alcohol, chocolate y grasas				
Higiene	Baño diario, cambio de ropa interior diaria, aseo bucal 3 veces al día, higiene alimenticia				
Ejercicio Físico	Reposo planificados, cambios de postura, ejercicios de kegel, dejar trabajo durante el embarazo, usar almohadas de apoyo para posturas, dormir 8 hrs.				
Heridas					
Catéteres					
Estomas					
Otros	Control prenatal, estudios de gabinete y laboratorio.				
MEDICAMENTOS INDICADOS					
Nombre	Presentación	Dosis	Vía	Hora	Días de tratamiento
Acido fólico	Tabletas	1 tableta	Vía oral	Cada 24 horas	Durante el embarazo
Ampicilina	Tabletas	2 tabletas	Vía oral	Cada 8 horas	Durante el 6 días
Fenazopiridina	Tabletas	1 tableta	Vía oral	Cada 08 horas	Durante 7 días
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA					
Signos y síntomas	Acciones recomendadas ante la evidencia de signos y síntomas de alarma				
visión borrosa, desmayos dolor epigástrico edema constante en pies disminución de movimientos fetales, dolor de cabeza	Es importante la realización de estudios de seguimiento para controlar los progresos. (Laboratorios), Acudir a consultas prenatales, Valorar el plan de transporte al hospital, Preparación de comida, limpieza y acudir a urgencias ante cualquier anomalía o signo de alarma.				

CAPITULO IV

CONCLUSIÓN

Después de aplicar el proceso de atención enfermería para la realización de la tesina, se ha comprobado la importancia de los enfermeros como parte indispensable del sistema de salud.

Y en este caso la gran relevancia que tiene la promoción a la salud, para evitar riesgos que dañan la salud tanto de la madre como del recién nacido. El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.⁴⁴

Se pudo comprobar y llevar a cabo la metodología planteada para la elaboración del proceso de enfermería. Así como reforzar los conocimientos teórico prácticos, La experiencia de la práctica resulto satisfactoria, el campo se prestó para realizar esta tesina, cumplí con mis expectativas y objetivos planeados para este trabajo.

⁴⁴ OMS. PARTO PREMATURO. EN: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/> RECUPERADO EL: 7 DE OCTUBRE DE 2016.

CAPITULO V

SUGERENCIAS

Parte importante en esta tesina son algunas sugerencias que van encaminadas a los cuidados antes y durante el embarazo. Dejar de fumar, controlar su peso, corregir la anemia o tomar alimentos ricos en omega 3, son algunas recomendaciones de cuidado prenatal para evitar que el niño nazca antes de tiempo.

El tabaco y el consumo de tóxicos (alcohol o drogas) son los principales factores de riesgo evitables del parto pretérmino. “Está demostrado que el tabaco incrementa el riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacer ; así que lo primero que se recomienda a una embarazada es dejar de fumar”. Corregir el bajo peso materno, la extrema delgadez, así como mantener niveles correctos de hierro son otros de los factores a tener en cuenta. “Si se detecta una anemia de forma precoz, se recomienda tomar un suplemento de hierro; pero si los depósitos de este mineral son suficientes no será necesario hasta más adelante”.

La alimentación y la higiene dental también juegan un papel clave en la prevención de la prematuridad. “Es saludable llevar una dieta baja en grasas y rica en ácidos grasos omega 3 (presente en el aceite de oliva y el pescado azul) así como el consumo de frutas y verduras. Y, si existe algún déficit nutricional, se puede optar por suplementos para corregirlos”. En cuanto a enfermedades bucales se refiere, “es recomendable acudir al dentista si sospechamos alguna infección dental ya que, aunque infrecuente, puede, vía sanguínea, ser causa de parto prematuro de origen infeccioso”. Otra infección que debe descartarse es la de orina. Para detectarla, en el primer trimestre del embarazo se practica un cultivo de orina a todas las futuras mamás. “Es muy importante en caso de diagnosticar una infección de orina, aunque no dé síntomas, tratarla con antibióticos ya que reduciremos no sólo el riesgo de pielonefritis o infección de riñón sino también de parto prematuro”.

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFÍA O

FUENTES

ELECTRÓNICAS

- 1) OMS. CONCEPTO DE ENFERMERIA. EN: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
RECUPERADO EL: 7 DE OCTUBRE DE 2016.
- 2) KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4° EDICION).(1993). ENFERMERIA
FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F.
MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 3
- 3) KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4° EDICION).(1993). ENFERMERIA
FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F.
MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 5
- 4) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010).
FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN
LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 3
- 5) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010).
FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN
LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 4
- 6) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010).
FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN
LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 5
- 7) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010).
FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN
LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 17
- 8) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010).
FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN
LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 18
- 9) POTTER Y PERRY. (8° EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 1
- 10) POTTER Y PERRY. (8° EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 2
- 11) POTTER Y PERRY. (8° EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 4
- 12) POTTER Y PERRY. (8° EDICIÓN). (2015). FUNDAMENTOS DE
ENFERMERÍA. ELSEVIER, ESPAÑA. Pág. 3

- 13) KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4° EDICION).(1993). ENFERMERIA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 7
- 14) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 5
- 15) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 6
- 16) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 7
- 17) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 8
- 18) VIRGINIA HENDERSON NACIÓ EN 1897 EN KANSAS (MISSOURI). SE GRADUÓ COMO ENFERMERA DOCENTE EN 1921 EN LA ARMY SCHOOL OF NURSING DE WASHINGTON. MURIÓ EN ESTADOS UNIDOS EN 1996.
- 19) MARRINER TOMEY, ANN. (1999) MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. ESPAÑA. HARCOURT BRACE. PÁG. 102
- 20) JIMÉNEZ-CASTRO ANA BERTHA. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON. EN: http://www.imss.gob.mx/nr/rdonlyres/a8f14b4b-e1d2-4ee4-ae72-134594e80899/0/reflexiones_filosof_virgina_hend.pdf RECUPERADO. EL 15 DE OCTUBRE DEL 2016
- 21) EL MÉTODO DEDUCTIVO FUE CREADO POR RENÉ DESCARTES, SE SUELE DECIR QUE SE PASA DE LO GENERAL A LO PARTICULAR, DE FORMA QUE PARTIENDO DE UNOS ENUNCIADOS DE CARÁCTER UNIVERSAL Y UTILIZANDO INSTRUMENTOS CIENTÍFICOS, SE INFIEREN ENUNCIADOS PARTICULARES. ESTUDIA UN FENÓMENO O PROBLEMA DESDE EL TODO HACIA LAS PARTES, ES DECIR ANALIZA EL

CONCEPTO PARA LLEGAR A LOS ELEMENTOS DE LAS PARTES DEL TODO. ENTONCES DIRÍAMOS QUE SU PROCESO ES SINTÉTICO ANALÍTICO.

- 22) IMPORTANTE RESALTAR QUE HENDERSON NACIÓ EN 1897 Y PUBLICÓ EN 1960 SU FOLLETO *BASICS PRINCIPLES OF NURSING CARE*. Y MASLOW NACIÓ EN 1908 PUBLICANDO SU TEORÍA SOBRE LA MOTIVACIÓN HUMANA (EN INGLÉS, A THEORY OF HUMAN MOTIVATION) EN 1943.
- 23) MARRINER TOMEY, ANN. (1999) MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. ESPAÑA. HARCOURT BRACE. PÁG. 104.
- 24) IBID. PAG. 106 A108
- 25) ASOCIACION MEXICANA DE ENFERMERIA (POR SUS SIGLAS EN INGLES. ANA AMERICAN_NURSES_ASSOCIATION)
- 26) KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4° EDICION).(1993). ENFERMERIA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 181
- 27) KOZIER, ERB, OLIVIERI. (4° EDICION).(1993). ENFERMERIA FUNDAMENTAL CONCEPTOS PROCESOS Y PRACTICA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. pág. 185
- 28) CESAR LEAL Y JOSE GORGE CARRASCO. (1° EDICION). (2010). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CUIDADOS BASICOS CENTRADOS EN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS. MEXICO.D.F. pág. 23
- 29) NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 4
- 30) NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 5
- 31) NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 6
- 32) NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 8
- 33) NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág. 23
- 34) NANDA INTERNACIONAL. (3RA EDICION). (2016). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACION. ELSEVIER. Pág.26

- 35) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 621
- 36) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 621
- 37) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 622
- 38) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 623
- 39) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 624
- 40) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 625
- 41) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 626
- 42) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 628
- 43) C.P. ANTHONY Y G.A. THIBODEAU. (10a EDICION). (1983). ANATOMIA Y FISILOGIA. MEXICO D.F. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. Pág. 629
- 44) OMS. PARTO PREMATURO. EN:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/> RECUPERADO EL: 7 DE OCTUBRE DE 2016.

A

N

E

X

O

S

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre: GAVIA HINOJOSA WENDY JENNIFER	Edad: 21 AÑOS Gpo y RH: A+	Talla: 1.58 CM
Fecha de nacimiento: 10 MAYO 1994	Sexo: FEMENINO	
Ocupación: EMPLEADA	Escolaridad: PREPARATORIA	Fecha de admisión: 20nov15 Fecha de egreso: 3dic16
Hora: 23:46	Procedencia: ECATEPEC EDO. MEX	Fuente de información: PACIENTE
Fiabilidad: SEGURA	Miembro de la familia/ persona significativa: ESPOSO	
Dirección: AV. VIA MORELOS NUM. 1205, COL. SAN PEDRO, ECATEPEC, EDO. MEXICO		

II. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: NO REFIERE	Tos productiva /seca: NO REFIERE
Dolor asociado con la respiración: NO REFIERE	
Fumador: NO REFIERE	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: /	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: T/A 100/60 FC: 80LPM T°: 37 FR:23	
Tos productiva /seca: SIN PRESENCIA	Estado de conciencia: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: ADECUADA COLORACION	
Circulación del retorno venoso: PRESENTE Y ADECUADO	
Otros: AGITACION AL CAMINAR, ADOPTAR POSTURAS Y A ESFUERZOS	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo): FRUTAS/VERDURAS/CEREALES/COMIDA RAPIDA/PASTAS
Número de comidas diarias: 2 COMIDAS
Trastornos digestivos: NO REFIERE
Intolerancias alimentarias/ Alergias: CARNES ROJAS/GRASAS (VEGETARIANA)
Problemas de la masticación y deglución: NEGADAS
Patrón de ejercicio: NINGUNO

Datos objetivos:

Turgencia de la piel: BUENA ELASTICIDAD, SEMI-HIDRATADA
Membranas mucosas hidratadas/ secas: MUCOSAS SEMI-HIDRATADAS
Características de uñas/cabello: UÑAS HIDRATADAS, ADECUADA COLORACION, CABELLO QUEBRADIZO Y CAIDA EXCESIVA
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: ADECUADO A EDAD CRONOLOGICA
Aspecto de los dientes y encías: BUENA HIGIENE BUCAL/DIENTES MANCHADOS DESCALCIFICADOS
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: SIN PRESENCIA DE HERIDAS
Otros: DISMINUCION DEL APETITO, BAJO PESO, LA MAYOR PARTE DE LA COMIDA QUE INGIERE ES CHATARRA, PACIENTE VEGETARIANA, NAUSEAS CONTINUAS Y VOMITO (PRIMER TRIMESTRE)
PESO: 56KG TALLA: 1.58CM PERIMETRO ABDOMINMAL: 82CM IMC: 22.48
FONDO UTERINO: 26 COMPLEXION: DELGADA

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos subjetivos:

Hábitos intestinales: REFIERE EVACUACIONES DIARREICAS Y ARDOR AL ORINAR	
características de las heces: DIARREICAS ANTE ESTRES	
Historia de hemorragias otros: NEGADAS	
Uso de laxantes: NEGADOS	Hemorroides: NEGADAS
Dolor al defecar: NEGADO	
Hábitos vesicales: POLIURIA	
Olor y color de la orina: AMBAR	
Disuria: SI	
Poliuria: SI	
Nicturia: SI	
Urgencia: SI	
Ciclo Menstrual (regular): REGULAR	
Dismenorrea: NO REFIERE	
Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: CAUSAN DIARREA	

Datos objetivos:

Abdomen, características: ABDOMEN GLOBOSO CON FONDO UTERINO DE 26CM CON PRODUCTO UNICO VIVO, PRSENCIA DE CONTRACCIONES UTERINAS 2 CADA 20 MINUTOS
Ruidos intestinales: ADECUADA PERISTALSIS
Palpación de la vejiga urinaria: GLOBOSO
Otros: PRESENCIA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS +,ORINA COLOR PAJA OSCURO

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: ADAPTABLE
Ejercicio, tipo y frecuencia: SIN REPOSO (TRABAJA)

Temperatura ambiental que le es agradable: 28°C
--

Datos objetivos:

Características de la piel: SEMI-HIDRATADA

Transpiración: ABUNDANTE

Condiciones del entorno físico: ENTORNO HOSPITALARIO, POCO ESPACIO, CALOR
--

Otros: INCOMODIDAD, FACIES DE ANGUSTIA

TEMPERATURA CORPORAL: 37°C

2. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos subjetivos:

Capacidad física cotidiana: ADECUADA PARA EDAD CRONOLOGICA

Actividades en el tiempo libre: VISITAR FAMILIA/CAMINAR
--

Hábitos de descanso: NULAS

Hábitos de trabajo: CAMINAR/CARGAR/ACOMODAR/ESTAR PARADA POR TIEMPO PROLONGADO/NO COMER ADECUADAMENTE
--

Datos objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: ADECUADO A EDAD CRONOLOGICA
--

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: ADECUADA CAPACIDAD PULMONAR, MOVIMIENTOS LENTOS Y CON DIFICULTAD PARA ADOPTAR POSTURAS POR PERIODOS LARGOS
--

Posturas: DIFICULTAD PARA ADOPTAR POSTURAS

Necesidad de ayuda para la deambulación: OCASIONAL

Dolor con el movimiento: CADERA/COLUMNA EVA: 3
--

Presencia de temblores: CALAMBRES NOCTURNOS
--

Estado de conciencia: ALERTA CONCIENTE
--

Estado emocional: ANSIOSA, ESTRESADA, FASTIDIADA
--

Otros: DIFICULTAD PARA ADOPTAR POSTURAS, MAREOS Y NAUSEAS
--

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos:

Horario de descanso: SIN HORARIO	Horario de sueño: ENTRE 11-12 PM
---	---

Horas de descanso: 4	Horas de sueño: 7 HRS
-----------------------------	------------------------------

Siesta: NINGUNA	Ayudas: VER TV
------------------------	-----------------------

Insomnio: PRESENTE	Debido a: MALA POSICION Y ESTRES
---------------------------	---

Descansado al levantarse: RARA VEZ

Datos objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: ANSIOSA, ESTRESADA Y FATIGA

Ojeras: SI	Atención: DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE
-------------------	---

Bostezos:	Concentración: SE LE DIFICULTA
------------------	---------------------------------------

FRECUENTEMENTE	
Apatía: FRECUENTEMENTE	Cefaleas: NEGADAS
Respuesta a estímulos: RESPONDE A ESTIMULOS EXTERNOS	
Otros: EDEMA EN EXTREMIDADES PELVICAS ++	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: SI
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: NO
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: NO
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: NO

Datos objetivos:

Viste de acuerdo con su edad: SI, ANTES DE USAR BATA HOSPITALARIA	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: ADECUADA	
Vestido incompleto: COMPLETO	Sucio: SI
Inadecuado: NO	
Otros: PRESENCIA DE SANGRADO TRANSVAGINAL Y LIQUIDO AMNIOTICO EN ROPA	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos subjetivos:

Frecuencia del baño: CADA TERCER DIA EN REGADERA
Momento preferido para el baño: POR LAS MAÑANAS
Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 VECES AL DIA
Aseo de manos antes y después de comer: SI
Después de eliminar: SI
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: NEGADAS

Datos objetivos:

Aspecto general: ADECUADO A SITUACION PRESENTE	
Olor corporal SUDOR, LIQUIDO AMNIOTICO	Halitosis: SIN PRESENCIA
Estado del cuero cabelludo HIDRATADO, GRASO	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): SIN PROBLEMA APARENTE	
Otros: LLENADO CAPILAR 3SEGUNDOS, AUMENTO DE SALIVACIÓN.	

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: ESPOSO/SUEGROS	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: NERVIOS Y MIEDO	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: NO	
Hogar: NO RECONOCE	Trabajo: NO RECONOCE

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: CASI NUNCA

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: NO SABE QUE HACER

Datos objetivos:

Deformidades congénitas: NO

Condiciones del ambiente en su hogar: AMBIENTE HOSPITALARIO ADECUADOS ANTE EMERGENCIA

Trabajo: EMPLEADA EN LIVERPOOL

Otros: ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, 2 DOSIS DE TD DURANTE EL EMBARAZO, APLICACIÓN DE MADURADORES PULMONARES 3 DOSIS, EMBARAZO NO PLANIFICADO, DESINTERES POR SU EMBARAZO, EMBARAZO NO DESEADO.

3. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos subjetivos:

Estado civil: UNION LIBRE

Años de relación: 1 AÑO 1/2

Viven con: ESPOSO Y SUEGROS

Preocupaciones / estrés:
EMBARAZO/TRABAJO

Familiar: ESPOSO

Otras personas que pueden ayudar: MADRE Y SUEGROS

Rol en estructura familiar: AMA DE CASA, ESPOSA, EMPLEADA

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: RARA VEZ

Cuanto tiempo pasa solo: CASI NUNCA

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: NINGUNO

Datos objetivos:

Habla claro: SI

Confuso: NO

Dificultad. Visión: SIN PROBLEMA APARENTE

Audición: ADECUADA

Comunicación verbal / no verbal / con la familia / con otras personas significativas: DIFICULTAD PARA COMUNICAR MOLESTIAS Y PROBLEMAS QUE LEAQUEJAN

Otros: PERSONALIDAD: ENOJONA, SERIA E IMPULSIVA, DIFICULTAD PARA COMUNICARSE CON SU ESPOSO, NO EXPRESA SENTIMIENTOS.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos:

Creencia religiosa: CATOLICA

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NO

Principales valores en la familia: RESPETO/AMOR

Principales valores personales: TOLERANCIA

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: SI

Datos objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): CONGRUENTES A EDAD

Permite el contacto físico: SI

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: NO

Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos subjetivos:

Trabaja actualmente: SI | **Tipo de trabajo:** EMPLEADA LIVERPOOL

Riesgos: FRECUENTEMENTE | **Cuánto tiempo le dedica al trabajo:** 12 HRS

Está satisfecho con su trabajo: NO

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

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: NO

Datos objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: ANSIOSO,IRRITABLE,EUFORICO Y ESTRESADA

Otros: NO TIENE NECESIDAD DE TRBAJAR (ESPOSO INGENIERO)

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: DIBUJAR

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: SI

Recursos en su comunidad para la recreación: DEPORTIVO/CENTRO DE SALUD

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: NO

Datos objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular INTEGRO, EMBARAZO EN 2DO TRIMESTE

Rechazo a las actividades recreativas CONTINUAMENTE

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: APATICA, IRRITABLE, ABURRIDA

Otros EL PACIENTE NO MUESTRA INTERES EN INFORMCION O ACTIVIDADES PROPIAS DEL HOSPITAL

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos subjetivos:

Nivel de educación PREPARATORIA

Problemas de aprendizaje NINGUNO

Limitaciones cognitivas NEGADAS | tipo

Preferencias. leer/escribir: LEER Y DIBUJAR

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad NO
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo DESCONOCE
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: RARA VEZ
Otros

Datos objetivos:

Estado del sistema nervioso: SIN PROBLEMA APARENTE
Órganos de los sentidos: ADECUADOS
Estado emocional ansiedad, dolor: ANSIEDAD/APATIA
Memoria reciente: PRESENTE Y ADECUADA
Memoria remota: PRESENTE Y ADECUADA

SEXUALIDAD

Datos subjetivos:

Genitales INTEGROS Y ADECUADOS A GENERO
Edad de menarca: 12 AÑOS
Ritmo Menstrual: REGULAR
Dismenorrea: NEGADA
Fecha de Última Menstruación: 19 abril 2015

EXAMEN GENERAL DE ORINA	REFERENCIA	FECHAS	
		01/09/15	24/09/15
PH	5.0-8.0	6.0	6.0
Densidad	1.015-1.025	1.020	1.005
Glucosa	Negativo	Negativo	Negativo
Proteínas	Negativo	Negativo	Negativo
Cetonas	Negativo	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo	negativo
Color	Claro amarillo	<u>Paja amarillo</u>	Claro
Leucocitos	0-5 por campo	<u>6-8 por campo</u>	<u>8-10 por campo</u>
Bacterias	Ausente	+	+

BIOMETRIA HEMATICA 01/09/15					
Linfocitos	10-50	28.70	Neutrófilos	37-80	64.00
Monocitos	0.00-10.00	6.00	Hemoglobina	13-18	13.80
Eosinofilos	0.00-5.00	0.90	Hematocrito	39-47	42.20
Basófilos	0.00	0.40	Plaquetas	142-424	171.00