

207



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA PACIENTE CON:
DEFICIT DE LIQUIDOS ASOCIADO A SANGRADO
TRANSVAGINAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

381682

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ANA PATRICIA SOTO MUÑIZ

Firma manuscrita del Director de Trabajo.

DIRECTOR DE TRABAJO: LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES



MEXICO, D. F.

FEBRERO 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
I MARCO TEORICO	5
1.1 Aspectos generales de enfermería	5
1.2 Formación de enfermeras en México	6
1.3 Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, según Virginia Henderson	8
1.4 Conceptualización de la Enfermería	11
1.5 Identidad profesional	12
2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	12
2.1 Concepto	13
2.2 Comparación del método científico con el proceso atención de enfermería	14
2.3 Etapasa del proceso atención de enfermería	17
2.3.1 Valoración	17
2.3.2 Diagnóstico de enfermería	21
2.3.3. Fase de planeación de cuidados	26
2.3.4 Fase de ejecución	26
2.3.5. Evaluación	26

3 GENERALIDADES DEL PADECIMIENTO ABORTO	27
II METODOLOGIA	40
2.1 Valoración	40
2.2 Diagnóstico de enfermería	52
2.3 Planeación	53
2.4 Ejecución	54
2.5 Evaluación	56
III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	57
3.1 Presentación del caso clínico	57
3.2 Valoración	60
3.3 Detección de diagnósticos de enfermería	77
3.4 Planeación	79
3.4.1 Conclusión diagnóstica de enfermería	81
3.5 Ejecución	82
CONCLUSIONES	94
ANEXOS	96
BIBLIOGRAFIA	97

INTRODUCCIÓN

El aborto es un grave problema de salud pública en México. Entre las mujeres en edad fértil es la cuarta causa de mortalidad; en la última década la discusión sobre el aborto se ha convertido en una cuestión reflexiva que ha originado estridentes controversias públicas.

Por lo tanto, es de suma importancia establecer un diagnóstico etiológico y conocer su fisiopatología para proporcionar un tratamiento adecuado.

En este sentido es de crucial importancia aplicar correctamente el proceso atención de enfermería convirtiendo su aplicación en un compromiso de toda enfermera.

De ahí que resulte primordial interactuar mas de cerca con los pacientes para involucrarse en los casos y conocer muy estrechamente que necesidades se presentan en cada situación. Solo así podrán plantearse propuestas encaminadas a mejorar las formas de trabajo, pero sobre todo lograr el objetivo de elevar la calidad de los servicios de enfermería.

Lo anterior se lograra por medio del proceso atención de enfermería que es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de objetivos.

Es organizado y sistemático, porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados, la valoración, el diagnóstico, la planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan acciones intencionadas, pensadas para maximizar los resultados a corto y largo plazo.

Con el marco teórico se inicia este proyecto, en donde se menciona una breve Historia de enfermería, concepto de enfermería y conceptos del proceso atención de enfermería.

En la metodología se describe como se va a llevar a cabo el caso clínico, por medio de la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planeación, ejecución y evaluación.

En la aplicación del proceso atención de enfermería se presenta un caso clínico.

En la valoración se aplica el instrumento utilizado y por cada necesidad le corresponde un diagnóstico de enfermería.

En la planeación se van a jerarquizar las necesidades y se lleva a cabo la ejecución.

La evaluación del plan se emplea para valorar el logro de objetivos. Por último la conclusión de proceso atención de enfermería, se incluye un glosario de términos y la bibliografía en que se sustentó el trabajo.

JUSTIFICACIÓN

Realizar un proceso atención de enfermería es encauzar a la enfermera en etapa de formación a integrar sus conocimientos teóricos y científicos en la planeación ideal de su atención a pacientes con problemas de sangrado trasvaginal del primer trimestre del embarazo. Y de esta manera, poder crear nuestro propio modelo de atención y con la experiencia práctica, atender a este tipo de pacientes con el profesionalismo y ética que nos identifica y de esta forma lograr una mejor calidad de vida.

El proceso atención de enfermería se realizara en cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El trabajo se desarrolla desde definición, objetivos, metodología y el diagnóstico de enfermería. Clasificar, jerarquizar y fundamentar científicamente las acciones de enfermería es el objetivo de este, así como la evaluación de los resultados obtenidos en la etapa final.

Este proceso atención de enfermería tuvo como propósito fundamental, ordenar y desarrollar todos los pasos que integran al proceso, para detectar todos los problemas del presente caso así como sus posibles soluciones o alternativas en base a los principios de la investigación que darán el soporte a dicho trabajo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Se detectarán problemas y / o necesidades que tiene un paciente con sangrado trasvaginal del primer trimestre del embarazo y elaborará un proceso de atención de enfermería e integrará a la paciente a un estilo de vida favorable durante su tratamiento.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

Se integrarán conocimientos teóricos durante las intervenciones de enfermería, específicos a un paciente con sangrado transvaginal en el primer trimestre del embarazo.

Se reconocerá el riesgo y se darán posibles soluciones a los problemas encontrados en la paciente con sangrado transvaginal del primer trimestre del embarazo.

I.-MARCO TEORICO

1.1 ASPECTOS GENERALES DE ENFERMERÍA:

Cuando en México se estaba gestando la idea de preparar enfermeras de carrera, en Europa y Estados Unidos de Norteamérica ya existían enfermeras profesionales egresadas de escuelas creadas para ello. El sistema de enseñanza en México ha estado influenciado por la experiencia de enfermeras Inglesas y Norteamericanas, aunque existe también la presencia de la estrategia Francesa en el seguimiento del sistema de formación profesional en México.

El origen de la enfermería profesional se ubica con la implantación del sistema de Florencia Nightingale en 1860 en el Hospital H. Thomas, de Londres, aunque en Europa desde el siglo XVII ya se daba entrenamiento a mujeres que atendían enfermos; es particularmente citada la escuela de las Diaconisas de Kaisework, Alemania, donde la misma Florencia se entrenó.

El modelo Nightingale, centraba el proceso educativo en la práctica, establecida una fusión escuela – hospital, complementada la instrucción de una disciplina y una moral rigurosa, simultáneamente a la formación técnica.

En este sistema la enfermera ocupaba un lugar específico que no se confundía con el médico ni con otro tipo de personal, dando relevancia a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades.

Como consecuencia de la guerra de Secesión, en los E.U. se hizo evidente la necesidad de enfermeras, por lo cual surge la creación de escuelas de enfermería en 1873, con base en el modelo Nightingale.¹

¹ Quezada Fox C. Rubio Domínguez S., La función de la enseñanza clínica de la enfermería P. 91-96.

1.2 FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN MÉXICO

A fines del siglo pasado los hospitales no contaban con recursos humanos y materiales adecuados para el cuidado de los enfermos, esto, a raíz de la expulsión de las ordenes religiosas, principalmente de las valiosas hermanas de la caridad en 1874.

A partir de esta fecha se acentuó la crisis en la atención hospitalaria, ya que esta quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado. Esta situación, conjuntamente con los avances científicos en el campo de la salud, hacia evidente la necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que inició como respuesta a las demandas de salud de una población creciente que implicó el establecimiento del Hospital General de México por el Dr. Eduardo Liceaga.

Desde el inicio del proyecto en 1882 se destacó "la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y crear una escuela de enfermería anexa al hospital", como ya sucedía en Londres y Nueva York. Para ello se considera la posibilidad de enviar algunas jóvenes a prepararse a Estados Unidos o a Europa, sin embargo no se tiene conocimiento que esto se hubiera realizado durante esos años.

La estrategia seleccionada para capacitar al personal de enfermería fue contratar enfermeras Norteamericanas recibidas y que hablaran español, existiendo evidencias al respecto en los documentos consultados en HSSA a partir de 1896.

Por un acuerdo en 1898 del presidente Porfirio Díaz, la primera "escuela practica y gratuita de enfermeros" se estableció el Hospital de Maternidad e Infancia.

Pensada para personas de ambos sexos. Los requisitos fueron " bastante cultura social, sentimientos humanísticos, trato afable con los enfermos, e instrucción primaria". En caso de las mujeres, estudios de normal u obstetricia y los hombres escuela preparatoria o haber desempeñado un empleo en las oficinas públicas.

Los primeros profesores de esta escuela fueron los señores Alfredo y Lillie Cooper. Ambos estudiaron en la escuela médico y quirúrgica de entrenamiento para enfermeras, en Battle Creek, Mich. Más tarde el Dr. Liceaga seleccionó a dos enfermeras Norteamericanas en 1900 para ocupar el puesto de estos.

La primera, Rose Crowder, señala que la enseñanza de la enfermería debía iniciarse inculcando orden, la limpieza y, el uso de uniforme para continuar con los procedimientos.

La segunda enfermera, Rose Warden, estableció con el Dr. Liceaga el plan de trabajo así como un reglamento.

Al inaugurarse en 1905 el Hospital General, la srta. Dato, fue nombrada jefe de enfermeras, y la enfermera mexicana Sara Delgado, secretaria de la jefatura.

La escuela de enfermería se inauguró dos años después del hospital. En el reglamento se establece que la carrera se haría en tres años, con un plan muy semejante al francés de la época. El establecimiento de la escuela de enfermería, obedeció a un factor externo del mismo grupo de enfermeras: " la necesidad de proveer al nuevo hospital de enfermeras instruidas y convenientemente educadas" para atender a los enfermos.²

² Keroude Suzanne E. El pensamiento enfermero. P. 26

I.2 INDEPENDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES, SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Valorando las necesidades del individuo, se puede ver la influencia de Maslow, ya que Virginia Henderson presenta una lista de necesidades fundamentales de la persona. Fue en 1955, que V. Henderson precisa, por primera vez, su visión de la disciplina de enfermería

Según la concepción de V. Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson y Nite, 1978).

El objetivo de la profesión enfermera es, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales (Adam, 1991; Henderson, 1964).

Si la función específica de la enfermera consiste en suplir en la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modelos de intervención de que dispone la enfermera son los siguientes: Reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la voluntad o el conocimiento de la persona. Cuando la persona no puede satisfacer sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o la fuente de dificultad, tratando de suplirla y ayudar a mantener su integridad (Adam 1991). El juicio clínico de la enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionadas (Fulton, 1987). Las consecuencias esperadas son, a corto plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades o, en ciertas situaciones, una muerte tranquila. (Adam, 1991).

Henderson (Henderson y Nite, 1978) postula que la persona es un todo complejo que presenta catorce necesidades fundamentales, cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológicas y psicosocioculturales. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarla. Según Henderson, una necesidad es un requisito más que una carencia (Adam, 1991). Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad (Henderson, 1966).³

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental, es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar.
4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada).
5. Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).
6. Vestirse y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.

³ Op. Cit. P. 28-30

8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.⁴

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Henderson no ha presentado una definición formal de la salud y del entorno, sin embargo, podemos deducir de sus escritos que:

LA SALUD: Es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales. Es la satisfacción de las necesidades fundamentales en toda su complejidad la que mantiene la integridad de la persona.

EL ENTORNO: Según el mismo autor, es la naturaleza o el medio que actúa de manera "positiva" o "negativa" sobre la persona. Con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.

PERSONA: Responde a la definición de ser humano es un individuo único e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progresión, evolución y cambio⁵

⁴ Fernández Ferrín C; Novel Matí G. El proceso de atención de enfermería estudio de casos. P. 61-64.

⁵ Marrinell Ann. Modelos y teorías de enfermería. P. 67-71

I.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

“La enfermería como disciplina implica procesos de investigación, una práctica, una enseñanza específica; no surge por sí misma, sino a la luz de otras disciplinas; sin embargo, su interés por el cuidado a la salud humana y su crecimiento a través de la investigación, es un proceso de consolidación como disciplina”

“Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud”.

“Enfermería es un arte, por que requiere que la enfermera perciba el significado del momento para que la persona que ella cuida, pueda rápidamente entender y actuar”

“Enfermería es una ciencia, porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería”.

“Enfermería es cuidado integral, porque incorpora la complejidad bio-psicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único”.⁶

⁶ Citada por Keroude. Op. Cit. 180-181

I.5 IDENTIDAD PROFESIONAL

Muchos factores han influenciado la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares. El status de la mujer y el nivel de desarrollo tecnológico en la sociedad, han influenciado y continuaran influenciando fuertemente la identidad profesional de la enfermera.

"La profesión de enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos, mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud".⁷

2. - PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el proceso de atención de enfermería. Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas o fases ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados, orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad está íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante a todos los niveles, para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente.

⁷ Citada por Grinspun. Material de apoyo. P. 99

I.5 IDENTIDAD PROFESIONAL

Muchos factores han influenciado la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares. El status de la mujer y el nivel de desarrollo tecnológico en la sociedad, han influenciado y continuarán influenciando fuertemente la identidad profesional de la enfermera.

"La profesión de enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos, mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud".⁷

2. - PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el proceso de atención de enfermería. Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas o fases ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados, orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad está íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante a todos los niveles, para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente.

⁷ Citada por Grinspun. Material de apoyo. P. 99

2.1 CONCEPTO:

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático por que cuenta con cinco pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Está caracterizado por su humanidad, ya que el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de forma, que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración.

El proceso de enfermería se basa en la idea, de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente. Tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería:

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma, así como sus problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano.

Cualquier factor que implique o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interna (individual) o bien externa (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio, como serian:

- Promover, mantener o restaurar la salud, o, en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.⁸

⁸ Ibídem pag.138

2.2 COMPARACIÓN DEL METODO CIENTIFICO CON EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En el aspecto didáctico se utiliza la teoría psicodinámica del aprendizaje en la cual el estudiante está en constante adaptación con el medio ambiente.

- 1.- El método científico es aplicado a las acciones de enfermería por medio del P.A.E. (Proceso Atención de Enfermería).
- 2.- Marco Teórico de referencia.
- 3.- Estudio del caso.
- 4.- Aplicación directa con el paciente, familia o comunidad.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	MÉTODOS CIENTÍFICOS
Identificación de las necesidades.	Planteamiento del problema.
Diagnóstico de enfermería.	Construcción de un modelo teórico.
Planteamiento de cuidados.	Deducción de consecuencias particulares.
Implementación del plan.	Prueba de las hipótesis.
Evaluación ⁹	Inducción de las conclusiones en la teoría. ¹⁰

⁹ Ibidem. SUA. ENEO. Pag. 138

¹⁰ Antología "Investigación Clínica en Enfermería" SUA. ENEO. PAG. 7-10

**COMPARACIÓN DEL METODO CIENTIFICO CON EL PROCESO
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

MÉTODO CIENTÍFICO	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
1. – Observación (identificación del Problema).	1. – Recolección y selección de datos: Por medio de fuentes: directa e indirecta Paciente, expediente, familia comunidad, equipo de salud, bibliografía.
II.- Formulación de hipótesis.	II.- Conclusión de estado del paciente; familia y comunidad. Problemas reales potenciales, jerarquización de necesidades.
III.- Prueba de hipótesis	III.- Planteamiento de los cuidados contiene los objetivos de las actividades.
IV.- Soluciones sobre los resultados de la hipótesis.	IV.- Implementación del plan. Las notas y registros para dar atención de enfermería.
V.- Evaluación. ¹¹	V.- Evaluación. Aspecto : Efecto, Esfuerzo, Eficiencia. Sirve para retroalimentar las etapas y el producto de la calidad prestada. ¹²

¹¹ *Ibidem*. Pag. 138

¹² *Ibidem*. Pag. 7-10

2.3. -ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

2.3.1 VALORACIÓN

DEFINICIÓN:

La fase de valoración es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible, tanto en los datos obtenidos del paciente, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud, así como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades.

La obtención de datos, basada en la información recogida durante la entrevista al paciente, es un punto fundamental de la fase de valoración. Un interrogatorio efectuado en clima de confianza con el paciente, atendiendo todas sus inquietudes, permite elaborar una correcta historia clínica.

En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan información sobre los siguientes ámbitos:

- Información de carácter general: Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, etc.
- Características personales: Idioma, raza religión, nivel socioeconómico, nivel de educación, ocupación etc.¹³

¹³ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. pag. 17-20

- Hábitos: Estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de defecación, pautas habituales de ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación y sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas, etc.
- Sistemas de apoyo: familiar, comunitario y social.
- Antecedentes personales y familiares relacionados con la salud: Antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc.
- Estado físico: Constantes vitales: Pulso, temperatura corporal, presión arterial, frecuencia respiratoria peso y talla.
- Funciones fisiológicas: Estado de conciencia, patrones de respiración, alimentación, excreción, sueño, movimiento, etc.
- Exploración física: En la cual se combinan los procedimientos básicos de inspección, auscultación, palpación y percusión. Es un paso crucial para establecer la situación actual del paciente.
- Datos biológicos: Grupo sanguíneo y Rh, déficit sensoriales o motrices, alergias, uso de prótesis, resultados de pruebas disponibles, etc.
- Datos psicosociales: Nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort, estado emocional y mental, situación de crisis, grado de autonomía, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural, etc.¹⁴

¹⁴ Baily Ralfenspenger Ellen. * Enciclopedia de la enfermera pag. 2-6

La segunda fase de la valoración corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Por otra parte, la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

Básicamente en esta etapa, se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano. Pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta y los problemas actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación. Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas e identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos.¹⁵

¹⁵ Op. Cit. Pag. 44-45

FUENTES DE INFORMACIÓN

La obtención de datos para la fase de valoración tiene como base la entrevista al paciente, de quien, siempre que sea posible, surge la información primaria; pero también se debe aprovechar la información procedente de otras fuentes, como son las aportaciones de familiares y acompañantes que complementen las averiguaciones y que, en determinados casos, constituyen la única fuente veraz disponible.

La recopilación de datos procedentes del interrogatorio y la exploración de paciente debe ser metódica y tan completa como sea posible en cada ocasión, a fin de poder efectuar una valoración basada en un cuadro completo de la situación. Es conveniente complementar la información con las aportaciones de otros integrantes del equipo de salud y expertos con conocimientos específicos en determinados ámbitos, cuya participación en esta fase del proceso de enfermería permite elaborar un análisis crítico mejor fundamentado.

LA OBSERVACIÓN: Es el acto de percibir mediante atención dirigida y cuidadosamente analítica; comprende tanto un acto de percepción como un proceso conceptual, requiere de una disciplina entrenada y emplea los cinco sentidos; el oído, la vista, el olfato, el tacto, y con menor frecuencia el gusto.

INSPECCIÓN: Consiste en el examen visual del paciente con miras al descubrimiento de rasgos físicos significativos.

PALPACIÓN: Es la operación consistente en examinar el cuerpo, utilizando el sentido del tacto, para apreciar las características de las estructuras corporales subyacentes a la piel.¹⁶

¹⁶ Brunner L.S. Manual de enfermería médico quirúrgica. Pags. 20-23

PERCUSIÓN: Es útil para averiguar la existencia de una masa sólida, como un tumor, dentro de un órgano hueco; se utiliza por ejemplo para apreciar la cantidad relativa de aire o de material sólido presente en los pulmones.

AUSCULTACIÓN: Se define como la operación de oír los sonidos producidos por los diversos órganos del cuerpo con objeto de descubrir desviaciones con respecto al sonido normal. Los pulmones y el corazón son órganos auscultados con mayor frecuencia.¹⁷

2.3.2.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN:

El diagnóstico de enfermería consiste en el juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, basado en la recogida de datos realizada en la etapa de valoración y su posterior análisis, que permite al personal de enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidad. Como requisitos elementales, el diagnóstico de enfermería debe determinar, de forma concisa, el estado de salud del paciente, el problema que presenta o que se aprecia como previsible, sobre la base de datos objetivos y subjetivos que pueden confirmarse, indicando el juicio que resulta de la identificación e interpretación crítica de un patrón o conjunto de síntomas y signos.

¹⁷ N. Roper/ W.W. Logan / A.J. Tierney, Proceso atención enfermería, pag 7

FORMULACIÓN

Cada diagnóstico de enfermería consta de dos partes: en una se expresa el problema o la situación que se ha identificado, mientras que la otra intenta determinar su probable origen.

- Primera parte: comprende el enunciado del diagnóstico y se refiere a la alteración, dificultad o situación que determina el personal de enfermería en la fase de valoración.

Se trata de un problema de salud que intentará prevenir o corregir mediante pertinentes objetivos de la intervención terapéutica; cabe destacar sin embargo que existen excepciones, puesto que algunos diagnósticos comprenden situaciones o patrones de normalidad.

- Segunda parte: corresponde a los "factores relacionados", o sea, la etiología presumible. Se trata de elementos internos y externos.

(Fisiológicos, medio ambiente, socioculturales, psicológicos o espirituales) que puedan provocar, contribuir o participar en la génesis de la situación determinada.

Dado que generalmente el diagnóstico se refiere a un problema de salud, tales factores deben tomarse en consideración para prevenir, minimizar o aliviar dicha situación anómala, tomando en cuenta que cabe la posibilidad de que se requieran actuaciones diferentes para tratar un mismo problema.

En algunas ocasiones, en vez de factores relacionados se mencionan "factores de riesgo", cuando el diagnóstico hace referencia a la posibilidad de desarrollo de una determinada alteración.¹⁸

¹⁸ Bailly. *Ibidem*. Pag 8

DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

La determinación de las intervenciones de enfermería para diagnósticos de enfermería específicos, implica determinar las acciones o actividades de enfermería que lograrán los resultados esperados establecidos. Esto es ¿qué va a hacer usted para reducir o resolver cada uno de los diagnósticos que ha identificado?

A continuación hay tres preguntas importantes a formular cuando se determinan las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería.

1. ¿Cuál es la causa etiología del problema?
2. ¿Que puede hacerse para eliminar o minimizar la causa?
3. ¿Cómo puedo ayudar al cliente a alcanzar los resultados esperados?

A fin de determinar las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería reales o potenciales se debe identificar su etiología y decidir qué puede hacerse para reducirla o eliminarla. Para lograr estos objetivos, es necesario determinar las intervenciones de enfermería en los diagnósticos de enfermería reales, potenciales y posibles.¹⁹

¹⁹ Ibidem. Alfaro. P. 122

Para un diagnóstico de enfermería real.

1. Estudiar la etiología (cláusula que sigue a "relacionado con") e identificar las actividades que reducirían o eliminarían los factores contribuyentes.
2. Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas, de las manifestaciones clínicas para controlar el estado de los signos y síntomas del problema.

Para un diagnóstico de enfermería potencial.

1. Estudiar la etiología y determinar las intervenciones que reducirían o eliminarían los factores contribuyentes.
2. Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas, para asegurarse de que no han aparecido manifestaciones clínicas que cambien el estado del diagnóstico, de potencial a real.

Para un diagnóstico de enfermería posibles

Identificar métodos de recogida de datos sobre el posible diagnóstico, para determinar si existe cualquiera de las manifestaciones clínicas o factores contribuyentes del diagnóstico.²⁰

²⁰ *Ibidem*. P. 124

REGLA. Una formulación diagnóstica para un diagnóstico de enfermería real, una el problema con su etiología usando "relacionado con" añade "manifestado por" o "evidenciado por" y escriba los signos y síntomas mayores que validan la existencia de ese diagnóstico.

Formulación diagnóstica en tres partes para los diagnósticos de enfermería reales.

Problema + Etiología + Signos y síntomas presentes
--

REGLA. Una formulación diagnóstica para un diagnóstico de enfermería potencial consta de dos partes identificando el problema potencial y añadiendo la expresión "relacionado con", indicando así el problema que presenta el paciente y los factores que contribuyen al mismo.

REGLA. La formulación diagnóstica para un problema posible, escriba una formulación en dos partes expresando el posible problema y añadiendo "relacionado con" para unirlos con los posibles factores contribuyentes"

Formulación diagnóstica en dos partes para los diagnósticos de enfermería potenciales y reales.²¹

Problema + Etiología

²¹ *Ibidem*. P. 77-83

2.3.3.- FASE DE PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Es una etapa fundamental del proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados; se determinan los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

2.3.4.- FASE DE EJECUCIÓN

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones, elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

2.3.5.-FASE DE EVALUACIÓN

Esta constituye la última etapa del proceso de enfermería, corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportunidad de reorientación del plan terapéutico, con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.²²

²² Bruner L. S. Manual de enfermería médico quirúrgica, P. 20-30

3.-GENERALIDADES DEL PADECIMIENTO

ABORTO

El aborto es un grave problema de salud pública en México. Entre las mujeres, es la cuarta causa de mortalidad y para prevenirlo la Secretaría de Salud fortalecerá los programas de planificación familiar principalmente entre la población adolescente.

La lesión que puede ocasionar a la gestación un legrado mal realizado, es definitiva y tiene grave repercusión social y financiera para las instituciones del país. En el país se registran alrededor de 220,000 egresos hospitalarios por abortos espontáneos e inducidos. Sobre estos últimos, las complicaciones de una mala práctica médica se relaciona con sépsis puerperal (infección en los genitales durante y después del parto), ruptura uterina y hemorragia obstétrica, y si no se manejan adecuadamente pueden conducir a la muerte de las mujeres.

El aborto es ilegal y ocurre principalmente en los países de desarrollo. Algunas investigaciones estiman que entre 70,000 y 200,000 mujeres mueren en al año a consecuencia de una mala atención médica en un aborto clandestino. En septiembre de 1998 salió a la venta la "píldora abortiva" conocida como RU 486 y desde entonces es el método utilizado en 30% de los casos para interrumpir el embarazo.

Por otra parte, los servicios de salud de Canadá destaca que en América Latina y el Caribe tiene lugar la más alta incidencia de abortos inducidos.²³

²³ D. Maunoury- Lefebvrec., Depret-Mosser., Dufour P.Monnier J.C. Avortements spontanés.

La investigación también apunta que las mujeres que ingresan a hospitales cada año por complicaciones de abortos mal practicados y hacen de los servicios muy costosos para las instituciones de salud.

DEFINICIÓN:

La OMS define el aborto como la expulsión de un feto de menos de 500 g, que no ha alcanzado las 20 semanas de amenorrea. Incluir el tamaño del feto podría mejorar la definición. Cerca de tres cuartas partes de los abortos espontáneos se producen antes de la semana dieciséis, de estos, tres cuartas partes suceden antes de octava semana.

Casi 20% de los embarazos reconocidos clínicamente terminan en aborto espontáneo. El aborto espontáneo es la finalización de un embarazo sin intervención exterior, antes de haber alcanzado la viabilidad fetal. Se considera que el feto es viable después de 6 meses de embarazo, o sea después de 28 semanas de amenorrea.

ETIOLOGIA:

Los abortos espontáneos constituyen un grupo heterogéneo de etiologías diversas. Las causas pueden ser tanto de origen fetal como materno o del medio ambiente. No parece lógico distinguir la etiología de los abortos habituales de la de los abortos esporádicos. El 50% de los abortos pueden explicarse.²⁴

²⁴ Lawrence M. Tierney, Jr. Diagnóstico y tratamiento. Pag. 667-668

ANOMALIAS GENÉTICAS FETALES.

CITOGENÉTICAS

Las anomalías citogenéticas parecieran ser la causa mas frecuente en Interrupción de 12 al 15% de embarazos clínicos. Una compilación de 12 series de estudios sobre el cariotipo de los productos de aborto, muestra una tasa de anomalías que oscila entre el 28 y 78%.

CARIOTIPO

La proporción de anomalías del cariotipo disminuye con la edad del embarazo, pasando del 70% durante el 1er trimestre a menos del 6% luego de LAS 16 semanas.

TROFOBLASTO

El diagnóstico prenatal basado en la biopsia del trofoblasto rebela también una alteración de los mosaicos localizados en la placenta en cifras que van del 1 al 2%.

A ciertas anomalías cromosómicas corresponden ciertos aspectos morfológicos que a su vez dependen del estado de desarrollo: Saco ovular intacto en la trisomía 16, presencia de un fragmento de cordón sin embrión reconocible en la monosomía X, presencia de un embrión anatómicamente organizado en la trisomía 21. (S.DOWN).

Las anomalías del cariotipo pueden ser también transmitido por los padres.

El análisis de los cariotipos de parejas que han padecido abortos rebelan que en el 4, 7 % de los casos, uno de los padres presenta alteraciones cromosómicas.²⁵

²⁵ D. Maunoury. *Ibidem*. P. 3-5

Del mismo modo, las anomalías del número de cromosomas pueden encontrarse implicadas en los casos de abortos recurrentes o habituales. Estos datos sugieren que ciertas parejas se encuentran predispuestas a concepciones cromosómica anormales que en la mayoría de los casos culminan en un aborto espontáneo.

ANOMALIAS MATERNAS

UTERINAS CONGENITAS: Las anomalías uterinas se han visto implicadas con frecuencia, en casos de aborto. La responsabilidad de una anomalía debe ser considerada con suma prudencia ya que indicara a futuro una cirugía correctora. Los abortos debidos a anomalías uterinas se traducen en expulsiones de fetos vivos durante el 2do. trimestre del embarazo.

En presencia de una malformación, la frecuencia de abortos es elevada y varía de acuerdo con el tipo de anomalía: reducida en caso de útero bicorne (18.9 %), intermedia en caso de útero unícorne (24.2%). Y máxima en caso de útero tabicado (43.3%).

Dos hipótesis intentan explicar este tipo de abortos:

- una mala distensión uterina.
- una mala calidad de la red vascular.

SINEQUIAS UTERINAS: Las sinequias intrauterinas obstaculizan la implantación. El diagnóstico se establece en base a anomalías menstruales, y en el 15 al 30% de los casos, durante los exámenes consecutivos a abortos habituales o recurrentes.²⁶

²⁶ Ídem.

UTERO FIBROMATOSO: La existencia de leiomiomas uterinos pueden provocar abortos. La localización de estos fibromas resulta sin duda más determinante que su tamaño, siendo los fibromas submucosos los graves.

INCOMPETENCIA CERVICAL: las aberturas cervico- ístmicas se traducen por un borramiento y una dilatación del cuello, sin dolor durante el 2do. Trimestre del embarazo.

CAUSAS ENDOCRINAS

INSUFICIENCIA LUTEÍNICA: Para la implantación y el mantenimiento del embarazo, es necesario que el cuerpo amarillo funcione normalmente. En un 20 al 60% de casos, se observa una insuficiencia luteínica que se define por una histología endométrica anormal o por una concentración sérica de progesterona baja.

SECRECIÓN ANOMALA DE HORMONA LUTEOTROFICA: La hipersecreción de esta hormona en fase folicular se acompaña de una tasa importante de esterilidad y abortos hasta con frecuencias de un 65%.

ANOMALIAS TIROIDEAS: Los exámenes tiroideos, incluidos tradicionalmente en el examen etimológico general de los abortos no han logrado demostrar la responsabilidad de las anomalías tiroideas. Los abortos parecen más frecuentes en pacientes que poseen anticuerpos antitiroidéos.

ANOMALIAS DEL GLUCOMETABOLISMO: Otro responsable tradicional, la diabetes, no parece provocar abortos.²⁷

²⁷ Ídem. P. 6

Un estudio detallado muestra que las tasas de aborto son similares en un grupo de diabéticas insulino-dependientes (15.9%) y un grupo. Testigo (15%). Sin embargo otros trabajos confirman que el desequilibrio glucémico se acompaña de una tasa importante de abortos. Cuando la diabetes se encuentra bien controlada, la tasa de abortos alcanza un 15%, porcentaje que llega a un 45% en caso de desequilibrio.

ABORTO DE ORIGEN INFECCIOSO: Cierta tipo de infecciones puede encontrarse a menudo asociada a los abortos, aunque solo se manifiesten después de la interrupción del embarazo. Los microorganismos generalmente involucrados son numerosos: viruela, cólera, paludismo, toxoplasma y brucelosis. Sin embargo ningún estudio epidemiológico permite determinar el riesgo relativo de aborto debido a dichas infecciones

ABORTO DE ORIGEN INMUNOLOGICO: Probablemente el 80% de los abortos inexplicables tenga una causa inmunologica. La prevalencia de anticuerpos autoinmunes sería particularmente frecuente en las pacientes que sufren abortos habituales.

MEDIO AMBIENTE

TABACO: Los casos de aborto resultan mucho más numerosos en las mujeres fumadoras, independientemente de la edad y del consumo del alcohol. La proporción de abortos de cariotipo normal es particularmente importante en las fumadoras, hecho que traduce el efecto directo sobre el embrión.

ALCOHOL : El 17% de 616 pacientes que sufren un aborto consume alcohol más de dos veces por semana.²⁸

²⁸ Ídem, P. 6-7

TRAUMATISMO: A menudo incriminados en caso de aborto, los traumatismos abdominales solo los provocas en contadas ocasiones después de un accidente la paciente o su familia imputan la menor anomalía del embarazo a dichos traumatismos. Excepcionalmente, podrá imputarse la responsabilidad del aborto al accidente en cuestión, si la expulsión sobreviene inmediatamente después del traumatismo y no se observa ningún signo histológico de involución.

FACTORES PSICOLOGICOS: En los casos de abortos habituales o recurrentes la eficacia de los placebos y de los tratamientos médicos, confirma la importancia del estado psicológico de las pacientes.

EDAD MATERNA: En mujeres de 40-44 años, la tasa de aborto se duplica con respecto a las pacientes 20 años más jóvenes. Las causas pueden ser diversas: infección, disminución de la fase luteínica, o bien mala vascularización del endometrio.²⁹

CLASIFICACIÓN:

El aborto representa a menudo un proceso evolutivo. El tipo de aborto y la presentación clínica dependen del estado de evolución alcanzado.

LA AMENAZA DE ABORTO: Se define por la aparición de metrorragias indoloras durante el período de gestación correspondiente a la definición de aborto. Esta situación complicaría el 25% de los embarazos.³⁰

²⁹ Ídem. P. 7

³⁰ Brunner L.S. Suddart. D.S. Enfermería médico quirúrgica. P. 1318-1327

ABORTO INEVITABLE O INMINENTE: Cuando esta situación evoluciona desfavorablemente y el saco ovular es expulsado hablaremos de aborto inevitable.

ABORTO COMPLETO: Cuando la totalidad del saco ovular es expulsado. Situación frecuente antes de 6ª y después de la 14ª semana del embarazo.

ABORTO INCOMPLETO: En esta clasificación se comprenden aquellos casos en que quedan restos de tejido ovular.

ABORTO FALLIDO: Se define por la retención de los productos de la concepción durante más de tres semanas después de la interrupción del embarazo.

ABORTO SEPTICO: Cuando este se complica con infecciones.

ABORTO HABITUAL: Después de tres repeticiones consecutivas este aborto se denominara habitual o recurrente

ABORTO ESPONTÁNEO: Resultan por defectos cromosómicos debido a factores maternos o paternos.

Alrededor del 15% de los abortos parecen relacionarse con traumatismos maternos, infecciones, deficiencias dietéticas, diabetes mellitus, hipotiroidismo o malformaciones anatómicas. Cerca de la cuarta parte no puede determinarse la causa del aborto.³¹

³¹ Ídem

CUADRO CLÍNICO

La hemorragia representa el signo común de todas las formas de aborto. Su importancia varía del discreto sangrado a la hemorragia espectacular, yendo de la simple pérdida pardusca al choque hemorrágico. A menudo las contracciones uterinas provocan dolores abdominales. La expulsión parcial o total de los productos de la concepción puede tener lugar, inmediatamente o varias semanas después. El examen clínico revela la presencia de sangre negruzca en la vagina o de sangre roja proveniente de cuello uterino. El volumen uterino puede corresponder a la edad gestacional o ser más pequeño, si el saco ha sido expulsado. El cuello puede encontrarse todavía cerrado, o por el contrario, abierto con presencia de restos tisulares.

SIGNOS Y SINTOMAS

AMENAZA DE ABORTO: Se producen hemorragias o cólicos, pero continúa el embarazo. El cuello uterino no se encuentra dilatado.

ABORTO INEVITABLE: El cuello está dilatado y las membranas pueden encontrarse rotas, pero no se ha producido paso de los productos de la concepción. La hemorragia y los cólicos persisten; se considera inevitable el paso de los productos de la concepción.

ABORTO COMPLETO: El feto y la placenta se expulsan completamente. El dolor cesa, pero puede persistir sangrado.

ABORTO INCOMPLETO: En el útero permanece una parte de los productos de la concepción (de origen placentario). Solo se manifiestan cólicos leves, pero la hemorragia resulta consistente y con frecuencia excesiva.³²

³² Brunner. *Ibidem*

ABORTO FALLIDO: El embarazo ha dejado de desarrollarse, pero el producto de la concepción no ha sido expulsado. Los síntomas del embarazo desaparecen. Hay una secreción vaginal parduzca, pero no-hemorragia activa; no hay dolor. El cuello uterino es semifirme y ligeramente amplio; el útero se hace más pequeño y esta reblandecido regularmente; los anexos son normales.

ABORTO SÉPTICO: Se presenta hemorragia con fetidez, dolor y fiebre, sin signos de que la infección se haya propagado fuera del útero.³³

DATOS DE LABORATORIO

Las pruebas del embarazo muestran valores bajos o en descenso hCG. Hormona gonadotrfina corica. Cuando la hemorragia es intensa debe obtenerse una biometría hemática completa, determinar el Rh, y si el tipo es Rh negativo administrar globulina inmunitaria. Todo el tejido recuperado debe ser examinado por un patólogo y puede enviarse para análisis genéticos en casos especiales.

DATOS ULTRASONOGRÁFICOS

El saco gestacional puede identificarse a las 5.6 semanas de la Fecha de la última menstruación, un polo fetal a las seis semanas, y actividad cardiaca fetal de 6 y 7 semanas

Con frecuencia se requiere observaciones seriadas para evaluar cambios en el tamaño del embrión.

Un saco irregular pequeño sin polo fetal, con el establecimiento preciso de las fechas, resulta diagnóstico de un embarazo anormal.

³³ D. Maunoury. *Ibidem*. P. 12-15

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La hemorragia que se produce en el aborto de un embarazo intrauterino, debe diferenciarse de la hemorragia anormal de un embarazo ectópico y de la hemorragia anovulatoria en una mujer no embarazada. El paso de vellosidades hidrópicas en la secreción sanguinolenta es diagnóstico de mola hidatiforme.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Amenaza de aborto: Colocar a la paciente en reposo en cama de 24 a 48 horas, seguidas por el restablecimiento gradual de las actividades ordinarias, con abstinencia de coito y duchas. El tratamiento hormonal esta contraindicado. Los antibióticos sólo deben usarse si hay signo de infección.

Aborto fallido o inevitable: Esto requiere de consulta referente al destino del embarazo y la planeación de su término electivo en el momento elegido por la paciente y el médico. La inserción de un dilatador para abrir el cuello uterino, seguida por aspiración, constituye el método preferido para un aborto fallido. Los supositorios vaginales de prostaglandinas son una alternativa eficaz.

Aborto séptico: El tratamiento recomendado asocia amoxicilina 500mg c/8hrs, y metronidazol 500mg c/8 hrs, o esquema de cefalosporina y metronidazol. Cuando se logra estabilizar los parametros hemodinamicos el útero debe ser evacuado dentro de las 6 hrs. Sigüientes.³⁴

³⁴ Idem.

MEDIDAS QUIRÚRGICAS:

Aborto incompleto: Se requiere de pronta extracción de cualquier producto de concepción que permanezca dentro del útero, para detener la hemorragia y prevenir la infección. La analgesia endovenosa y el bloqueo paracervical resultan útiles, seguidos por exploración uterina con pinza de anillos y aspiración uterina.

CERCLAJE Y RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES

Estos constituyen el tratamiento de elección en el caso de incompetencia cervical. Puede usarse una diversidad de materiales de sutura, incluyendo una banda de mersilene de 5mm. Para crear un tipo de sutura en bolsa de tabaco alrededor del cuello uterino con el método de Mc Donal o de Shirodkar.

El cerclaje debe realizarse con precaución cuando hay una dilatación cervical avanzada o las membranas hacen prolapso alrededor de la vagina. La rotura de membranas y la infección son contraindicaciones específicas del cerclaje. Antes o durante el momento del cerclaje deben obtenerse cultivos cervicales para *N.gonorrhoeae*, clamidia, y estreptococos del grupo Beta.³⁵

³⁵ idem. P. 18-20

COMPLICACIONES

La infección y la hemorragia son las complicaciones más frecuentes.

Las hemorragias puede provocar estado de choque. Constituye a menudo el primer signo de la enfermedad. La evacuación urgente del útero permiten detenerlas.

Las infecciones pueden complicar una perforación o una simple evacuación uterina. Pueden sin embargo extenderse a cavidad peritoneal.

Las perforaciones uterinas afectan el fondo uterino. La anteversión del útero aumenta los riesgos de perforación con sonda uterina o bujía que penetra en la cavidad uterina o en la vejiga.³⁶

³⁶ Ídem

II.- METODOLOGÍA

El siguiente caso clínico se desarrollará con un proceso atención de enfermería utilizando el instrumento metodológico de Virginia Henderson, para la valoración clínica que permitirá construir diagnósticos de enfermería y la implementación de las intervenciones en los objetivos propuestos implementando criterios de evaluación.

La exploración física: Esta se realizara directamente al paciente, observando física y psicológicamente las alteraciones que tenga por aparatos y sistemas. Esta exploración se realizará por medio de:

2.1.-VALORACIÓN.

En esta etapa se reunirá y examinará la información del paciente para evaluar su estado de salud y describir sus necesidades y problemas.

La obtención de datos basada en la información recogida durante la entrevista es fundamental para la fase de valoración.

Un interrogatorio efectuado en clima de confianza con la paciente, atendiendo todas sus inquietudes permite elaborar una correcta historia clínica.

SE PROPONEN EL SIGUIENTE INSTRUMENTO:

INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS, (EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de Admisión: _____ Hora: _____

Procedencia: Fuente de Información: _____

Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia /persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

a) Necesidad de Oxigenación.

Subjetivo:

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

¿ Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional ? _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Necesidad de Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

b) Necesidad de Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____

características de las heces, orina y menstruación _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

c) Necesidad de Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico _____

Otros: _____

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

a) Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábito de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Necesidad de Descanso y sue1o

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sue1o: _____

Horas de descanso: _____ horas de sue1o: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Parece insomnio? : _____

a que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____

Concentración: _____ Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

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

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

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestida incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higienicos?

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado de cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____



e) Necesidades de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante una situación de urgencia. _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo. _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

¿Como canaliza las situaciones de tensión en su vida _____

Objetivo:

Deformidades congénitas. _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación. Vivir según sus creencias y valores. Trabajar y realizar. Jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Año de relación: _____ vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ familiares: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo

Hablo claro: _____ confusa: _____

dificultad en la visión: _____ confusa: _____

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

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso): _____

¿permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Esta satisfecho con su trabajo? _____ ¿ Su remuneración le permite cubrir sus Necesidades básicas y / o las de su familia? _____

¿Esta satisfecho(a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso /

irritable / inquieto / eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

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

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación ? _____

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

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas ? : _____

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

Otros: _____

c) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

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

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo ? _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? : _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Organo de los sentidos: _____

Estado emocional / ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

37

2. 2. - DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad, a procesos vitales o problemas sanitarios reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones que permite conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de enfermería. Estos diagnósticos se establecen por medio del formato NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association).

Diagnóstico de enfermería. Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

Diagnóstico de enfermería posible. Diagnóstico de enfermería que puede estar presente o no, evidenciando por algunas claves ambiguas en los datos de la valoración. La ambigüedad de las claves dirigen a la enfermera a recoger más información para clarificar lo que éstas significan y para confirmar si las características definitorias de esta categoría diagnóstica están o no presentes.

Diagnóstico de enfermería potencial. Diagnóstico de enfermería para el que la persona está en riesgo, evidenciado por la detección de factores de riesgo durante la valoración de enfermería.³⁸

³⁸ Alfaro R. Atención del proceso de enfermería. P. 58

2. 3 .- PLANEACIÓN .

Cuando se hayan identificado los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, se procede a iniciar el tercer paso del proceso de enfermería. La planificación es el momento en que se determina como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos. La planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados de enfermería.
- Detección de las acciones/ actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados.³⁹

³⁹ *Ibidem*. P. 101

3.4. - EJECUCIÓN

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actividades elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente al menos idealmente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. Lo que implica el siguiente plan de acción;

- Recogida y valoración continuada de los datos.
- Establecimiento de prioridades diarias.
- Realización de las intervenciones de enfermería.
- Registro de los cuidados de enfermería.
- Comunicación verbal informes de enfermería.
- Mantenimiento del plan de cuidados actualizado.⁴⁰

La siguiente página muestra una hoja para desarrollar el plan de cuidados de enfermería y se usa una hoja distinta para cada diagnóstico de enfermería.

⁴⁰ *Ibidem.* P. 150

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad:	
Dx. de Enfermería:	
Objetivo:	
Intervenciones de Enfermería	Justificación
Evaluación	

5.- EVALUACIÓN

Constituye la última etapa del proceso de enfermería corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportunidad y reorientación del plan terapéutico con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los requisitos obtenidos, con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.

- La evaluación del logro de objetivos por parte del cliente empieza con la valoración para comprobar el logro de los resultados esperados. Esto significa qué tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado actual de salud.
- Hacer una lista de los resultados esperados determinados en la planificación.
- Valorar lo que el paciente es capaz de hacer en relación con los resultados esperados.
- Comparar la conducta del cliente con los resultados esperados establecidos.
- Anotar los hallazgos y en la evaluación se anotara hasta que punto se han logrado los resultados esperados.⁴¹

⁴¹ Ibidem. P. 170-171

III.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Nombre: G.M.M.

Edad: 24 años

Clave : 528183/1

Fecha de ingreso: 5/octubre/00

Hora: 8:30 a.m.

Dx. Médico: Embarazo de 9 semanas de gestación + aborto incompleto.

Ingresa paciente femenina de 24 años, al servicio de urgencias gineco-obstetricia del Hospital ISSEMYM Satélite.

Con antecedentes ginecológicos GIII, PII, FUM: 2 JULIO /00. con los siguientes signos y síntomas refiere sangrado trasvaginal con abundantes coágulos y dolor tipo cólico localizado al nivel de hipogastrio irradiado a columna dorso lumbar de 8hrs de evolución.

Paciente consciente, con mucosas ligeramente deshidratadas. Cardio-pulmonar: respiración tipo superficial, ligeramente taquipneica R 20xm. Abdomen: doloroso a la palpación profunda, con resistencia muscular importante en hipogostrio.

Se realiza especuloscopia apreciando: Cervix central posterior entreabierto con salida discreta de material serohemático.

Al tacto vaginal cervix posterior con aumento de volumen, dehiscente en todo su trayecto. Doloroso a la palpación. Salida de guante manchado con líquido hemático con escasos restos ovulares.

Paciente femenino que cursa 3ª década de vida la cual cursa con aborto incompleto. Prueba inmunológica de embarazo positivo.

Ultrasonografía: Utero aumentado de volumen de acuerdo a edad gestacional (9 semanas), ausencia de restos ovulares.

Se informa a la paciente del procedimiento a efectuarse y que consiste en legrado uterino instrumental. Se solicita firma de autorización quirúrgica.

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CON LAS SIGUIENTES PROBABLES NECESIDADES:

Necesidad de hidratación: Por presentar sangrado transvaginal y membranas regularmente hidratadas.

Necesidad de evitar peligros: Por presentar cuello dilatado y vasos uterinos abierto.

Necesidad de descanso y sueño: Presenta dolor abdominal (contracciones) con facies dolorosa, quejumbrosa e inquietud manifiesta.

Necesidad de oxigenación: Presenta dificultad respiratoria asociada a contracciones abdominales.

Necesidad de comunicación: Por falta de conocimiento del procedimiento a aplicar

Necesidad de aprendizaje: Por falta de conocimiento a cuidados domiciliarios post-operatorios.

Necesidad de comunicación: Alteración de la auto-estima por posible pérdida.

Necesidad creencias y valores: Por la terminación abrupta de su embarazo.

3.2 VALORACIÓN:

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: G.M.M. Edad: 24 Años Peso: 60kgs Talla: 1.62 mts

Fecha de Nacimiento: 19 / sep /1975. Sexo: Femenino. Ocupación: Biblotécaria

Escolaridad: Técnico bibliotecario. Fecha de Admisión: 5 /09/ 00 Hora: 8:30 a.m.

Procedencia: Domicilio. Fuente de Información: Directa.

Fiabilidad: (1-4): 4 Miembro de la familia /persona significativa: Esposo

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

a) Necesidad de Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: No Tos productiva/seca: No Dolor asociado con la

respiración: SI Fumador: No

¿ Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/varia la cantidad según su estado

emocional: ? _____

Objetivo: _____

Registro de signos vitales y características: Temp. 36.5, Pulso 82, Resp. 18,

T.A. 120/70, Llenado capilar ungueal de 2 segundos.

Tos productiva/seca: No Estado de conciencia: Consciente.

Coloración de pie / lechos ungueales / peribucal: Tegumentos normales.

Circulación del retorno venenoso: Normal. Sin compromiso

Otros: Dolor abdominal asociado a la inspiración profunda.

b) Necesidad de Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Casera Número de comidas diarias: 3.

Trastornos digestivos: Ninguno

Intolerancia alimentaria/alergias: Ninguno

Problemas de la masticación y deglución: Ninguno

Patrón de ejercicio: Sedentaria

Objetivo:

Turgencia de la piel: Ligera palidez de tegumentos.

Membranas mucosas hidratadas/secas: Regularmente hidratadas.

Características de uñas y cabello: Normales.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Marcha lenta y dolorosa.

Aspecto de los dientes y encías: Normales

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Cicatriz de episiorrafia antigua.

Otros: Sangrado transvaginal de moderada intensidad de 8 horas de

evolución, activo actualmente y acompañado al parecer de membranas ovulares.

Sudoración de ambas palmas de las manos. Ayuno de 12 horas de evolución.

c) Necesidad de Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Defeca una vez al día. Características de las heces, orina y

Menstruación: Heces y orina normales, eumenorreica, ritmo 28 x 4, F.U.M 2/07/00

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: No

Uso de laxantes: No Hemorroides: Grado I

Dolor al defecar/menstruar/orinar: No

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No

Objetivo:

Abdomen/características: Plano, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Ruidos intestinales: Peristalsis presente y normal.

Palpación de la vejiga urinaria: Sin globo vesical.

Otros: _____

d) Necesidad de Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No se adapta al frío.

Ejercicio/tipo y frecuencia: No

Temperatura ambiental que le es agradable: Calor

Objetivo:

Características de la piel: Pálida, fría, deshidratación leve.

Transpiración: Sudoración palmar.

Condiciones del entorno físico: Temperatura en el hogar agradable. Sala de

Urgencias Gineco-obstetricia. fría.

Otros: Disconfort en sala de urgencias; refiere frío.

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

a) Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo.

Capacidad física cotidiana: Actividad constante en su horario de trabajo.

Actividades en el tiempo libre: Televisión y lectura.

Hábitos de descanso: Sólo en su casa.

Hábito de trabajo: Permanece parada mucho tiempo.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: Refiere debilidad

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Disminuida

Posturas: Forzada

Ayuda para la deambulaci3n: La acompa1a familiar (esposo)

Dolor con el movimiento: Marcha dolorosa

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Consciente

Estado emocional: Intranquila; refiere ansiedad

Otros: Adopta una postura forzada, con flexi3n del tronco al sentarse

b) Necesidad de Descanso y sue1o

Subjetivo:

Horario de descanso: 7-13 Horario de sue1o: 23-7hrs

Horas de descanso: 6 hrs. Horas de sue1o: 8 hrs.

Siesta: No Ayudas: _____

¿Parece insomnio? : No

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse: Sí

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés/lenguaje:

Ojeras: Si Atención: Normal Bostezos: No Concentración: Normal

Apatía: No Cefaleas: No

Respuesta a estímulos: Normales

Otros: Alto nivel de ansiedad y estrés desde el inicio del sangrado

transvaginal que sé acompaña con dolor.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? : Si

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? : No

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? : No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: No

Vestida incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No

Otros: Utiliza bata de trabajo en su horario de labores.

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del baño: Diario

Momento preferido para el baño: 8 A.M.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 3

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

 No

Objetivo:

Aspecto general: Palidez generalizada de tegumentos.

Olor corporal: Sin aroma desagradable Halitosis: No

Estado de cuero cabelludo: Sin alteración aparente.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? : No

¿Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Comunicación con su

Esposo y familiares. Actitud positiva.

Objetivo

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: Higiénico

Trabajo: Adecuado

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación. Vivir según sus creencias y valores.

Trabajar y realizar. Jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casada Año de relación: 6 Vive con: Esposa, 2 hijos,

Madre, padre y 2 hermanos.

Preocupaciones/estrés: No Familiares: No

Otras personas que puedan ayudar: Familiares cercanos

Rol en la estructura familiar: Esposa y madre

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Sí, a su esposo
 y padres

Cuanto tiempo pasa sola: Las mañanas de 7 a 13 hrs.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Cada mes

Objetivo

Hablo claro: Sí Confusa: No

Dificultad en la visión: No Confusa: No

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

 Aceptable de tipo verbal y escrito

Otros: Comunicación con su esposo por sentimiento de posible perdida de
 su producto

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en su familia: Unión, solidaridad, apoyo, en conflictos y enfermedad.

Principales valores personales: Salud, ingreso económico, educación.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Sí

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso): No especial

¿Permite el contacto físico? Si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Imágenes religiosas católicas.

Otros: Biblia

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? : Sí Tipo de trabajo: Bibliotecaria

Riesgos: No Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 7 hrs

¿Esta satisfecho con su trabajo? Sí ¿ Su remuneración le permite cubrir sus

Necesidades básicas y / o las de su familia? Sí

¿Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Sí

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso /

irritable / inquieto / eufórico: Inquietud emocional por perdida de su embarazo.

Otros: Futura situación de tensión y conflicto perdida del trabajo o incapacidad

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Comportamiento lúdico con

sus hijos: escucha música.

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

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación? Parques y zonas comerciales

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? : Si; a nivel escolar y familiar.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Normal; sin limitación física.

¿ Rechaza las actividades recreativas? : No

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

Otros: Con su actual embarazo, disminuyo sus actividades recreativas de tipo físico.

Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: Técnico bibliotecario.

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: Escribir

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

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? Sí. Pero no las utiliza.

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? : Sí

Otros: Inquietud por desconocer su estado de salud actual.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Refiere ansiedad.

Organo de los sentidos: Normal

Estado emocional / ansiedad / dolor: Miedo a situación actual.

Memoria reciente: Adecuada.

Memoria remota: Adecuada

Otras manifestaciones: Miedo a posible intervención quirúrgica.

Ingresa paciente femenino al servicio de urgencias con las siguientes NECESIDADES REALES:

Necesidad de hidratación: Manifestado por déficit de volumen líquido asociado a sangrado transvaginal.

Necesidad de oxigenación: Hipoventilación causada por dolor manifestada por taquipnea.

Necesidad de descanso y sueño: Dolor debido a las contracciones y manifestado con facies dolorosa.

Necesidad de evitar peligros: Potencial de infección relacionado con el cuello dilatado y los vasos uterinos abiertos.

Necesidad de comunicación: Ansiedad relacionado con la falta de conocimiento del procedimiento a aplicar.

Necesidad de aprendizaje: Déficit de conocimiento relacionado a los cuidados domiciliarios y seguimiento posterior.

Necesidad de comunicación: Alteración en la autoestima relacionado con la interrupción de embarazo manifestado por sentimientos de culpabilidad por posible falta de atención médica.

Necesidad de creencias y valores: Conflicto entre las creencias religiosas y espirituales por la terminación abrupta del embarazo.

3.3 - DETECCIÓN DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

Necesidad: Creencias y valores.

Diagnóstico de enfermería: Conflicto entre las creencias religiosas y espirituales por la terminación abrupta del embarazo.

Necesidad: Descanso y sueño.

Diagnóstico de enfermería: Dolor debido a las contracciones uterinas manifestadas por facies dolorosa, quejumbrosa e inquietud manifiesta.

Necesidad: Aprendizaje.

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con la falta de conocimiento del procedimiento a aplicar

Necesidad: Hidratación.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen líquido asociado a sangrado trasvaginal de moderada intensidad, manifestado por membranas regularmente hidratadas. y ligera palidez de tegumentos.

Necesidad: Aprendizaje.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimiento relacionado a los cuidados domiciliarios y seguimiento.

Necesidad: Evitar peligros

Diagnóstico de enfermería: Potencial de infección relacionado con el cuello dilatado y los vasos uterinos abiertos. Cavidad uterina potencialmente séptica.

Necesidad: Oxigenación.

Diagnóstico de enfermería: Hipoventilación causado por dolor abdominal manifestado por Taquipnea.

Necesidad: Comunicación.

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la autoestima (autoconcepto) relacionado con la interrupción del embarazo manifestado por sentimientos de culpabilidad por posible falta de atención médica.

3.4. PLANEACIÓN

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

<u>Necesidades Detectadas</u>	<u>Necesidades Jerarquizadas</u>	<u>Objetivos</u>
Creencias y valores.	1. Hidratación.	Mantener el equilibrio hidroelectrolítico y ácido base.
Descanso y sueño.	2. Oxigenación.	Mejorar la oxigenación con control de ansiedad y dolor.
Comunicación.	3. Descanso y sueño.	La paciente comunicara el control efectivo del dolor.
Comunicación	4. Evitar peligros	Instruir a la paciente sobre signos y síntomas de infección uterina.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA. 79

Necesidades Detectadas	Necesidades Jerarquizadas	Objetivos
Evitar peligros.	5. Aprendizaje	La paciente demostrará la comprensión de la información a través de un diálogo interactivo.
Oxigenación	6. Comunicación	La paciente demostrara la comprensión de la información a través de un diálogo interactivo.
Aprendizaje	7. Comunicación	Que la paciente exprese su experiencia y promover un nivel positivo de autoestima.
Hidratación	8. Creencias y valores.	Disminuir la angustia de orden religioso.

3.4.1. - CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.

	Dependiente	Independiente
Necesidad de hidratación	X	
Necesidad de oxigenación	X	
Necesidad de descanso y sueño	X	
Necesidad de evitar peligros	X	
Necesidad de aprendizaje	X	
Necesidad de comunicación		X
Necesidad de comunicación		X
Necesidad de creencias y valores		X

3.5 EJECUCIÓN

Necesidad: Hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen líquido asociado a sangrado transvaginal de moderada intensidad manifestado por membranas regularmente hidratadas. Ligera palidez de tegumentos.

Objetivo: Mantener el equilibrio hidroelectrolítico y ácido base.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Mantener un volumen líquido normal. Pérdidas hemáticas cuantificadas más volumen de mantenimiento 1000cc c/12 hrs.	<ul style="list-style-type: none">- El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia de organismo.
<ul style="list-style-type: none">- Evaluar hemorragia transvaginal, signos vitales maternos y la duración de la presencia de los síntomas.	<ul style="list-style-type: none">- El agua desempeña los siguientes roles: mantener el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal; conserva la humedad de la piel y mucosas, favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial del protoplasma celular.⁴³
<ul style="list-style-type: none">- Tipificar e identificar compatibilidad para administración de sangre, ante la posible continuación de pérdidas hemáticas por subinvolución uterina.	
<ul style="list-style-type: none">- Establecer y mantener una canalización intravenoso con catéter intravenoso N° 18⁴²	

⁴² Saxton.D.F.nugent T, P.M. Pelikan P.K.Mosby's Comprehensive Review of Nursiq, P.64

⁴³ Fernández Ferrín C. Nover M. G. El proceso de atención de enfermería. estudio de casos, P.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente a informar de hemorragia transvaginal inmediatamente. - Si continúa la hemorragia, valorar La intensidad de esta, por numero de toallas femeninas empleadas. (gasa 10ml., compresa 100ml.). - Vigilar la presencia de dolor o molestias. - Conservar todos los tejidos y coágulos expulsados para su examen y valoración. ⁴⁴ 	
<p>Evaluación: La administración de líquidos en la paciente será únicamente para corregir perdidas hemáticas cuantificadas (sangrado transvaginal).</p>	

⁴⁴ Martín T.S. RN, BSN, PHN. Normas para el cuidado de pacientes. P. 667-668

Necesidad: Oxigenación.

Diagnóstico de Enfermería: Hipoventilación causada por dolor abdominal manifestada por taquipnéa.

Objetivo: Mejorar la oxigenación con control de ansiedad y dolor.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Valorar el dolor abdominal relacionado con la respiración (taquipnéa 20 x m) - Valorar ventilación con cambios de Posición: (semi-fowler). - Valorar la administración de oxígeno por vía nasal (puntas nasales 4 lts x m). - Vigilar características de la Respiración. (Ritmo, frecuencia y Profundidad).⁴⁴	<p>- Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esa necesidad.⁴⁵</p>

Evaluación: la paciente respira con ritmo, frecuencia y profundidad normal, resultado de la oxigenoterapia instituida.

⁴⁴ Op. Cit.

⁴⁵ Ibidem P. 9

Necesidad: Descanso y sueño.

Diagnóstico de Enfermería: Dolor debido a las contracciones y manifestada con facies dolorosa, quejumbrosa e inquietud manifiesta.

Objetivo: La paciente comunicara el control efectivo del dolor.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Evaluar dolor a través de (EVA) Escala visual análoga.- Evaluar antecedentes (medicamentos analgésicos, dosis, frecuencia y respuesta).- Evaluar dolor durante las contracciones uterinas. Definir umbral.- Ayudar a la paciente a adoptar una posición fisiológica (semifowler).- Permanecer con la paciente hospitalizada si está en trabajo de aborto para reducir ansiedad.- Administrar analgésico según indicaciones.- Vigilar facies de dolor.⁴⁷	<ul style="list-style-type: none">- Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de obtener un buen rendimiento del organismo.- El sueño libera al individuo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas.- Es importante un adecuado alivio del dolor que permita a la paciente una deambulación precoz, evitando complicaciones de inmovilidad.⁴⁸

Evaluación: La paciente expresa verbalmente alivio del dolor, mejorando movilidad y normaliza ritmo de sueño.

⁴⁷ Carpenito L.J. Manual de diagnóstico en enfermería. P. 264

⁴⁸ Ibidem. P. 29

Necesidad: Evitar peligros.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de infección relacionado con el cuello (cervix) dilatado y los vasos uterinos abiertos.

Objetivo: Instruir a la paciente sobre signos y síntomas de infección uterina.

Intervenciones de enfermería	Justificación
- Evaluar la temperatura cada 4 horas si es normal y cada 2 horas si esta aumentada.	Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- Determinar el olor y color del exudado vaginal.	
- Instruir sobre los signos de la infección y recalcar la necesidad de informar al médico si se desarrollan después del alta hospitalaria.	- Para defenderse, el ser humano posee numerosos medios naturales como la piel, los pelos (a nivel de orificio) y las secreciones, que impiden la penetración de agentes externos en el organismo. ⁴⁶
- Interrogar de antecedentes de hipertermia.	
- Instruir en cuidados personales después del aborto. ⁴⁵	

Evaluación: La temperatura permanece normal y no hay signos ni síntomas de infección.

⁴⁵ Ibidem. Lawrence M. P. 11

⁴⁶ Ibidem. Martin T.S. p. 44

Necesidad: Aprendizaje.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos relacionados a los cuidados domiciliarios y seguimiento.

Objetivo: La paciente demostrará la comprensión de la información a través de un diálogo interactivo.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Enfatizar la importancia de informar de la hemorragia continua.- Comentar los síntomas de la infección que deben ser comunicados al médico.- Flujo vaginal maloliente.- Instruir a la paciente a limpiarse cuidadosamente la zona perianal; desde delante hacia atrás después de cada eliminación.- Temperatura superior 37.8°C- Instruir a la paciente que evite utilizar Tampones y realizar el acto Sexual durante 4-6 semanas.⁴⁹	<p>Aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos, con el objeto de mantener o recobrar la salud.⁵⁰</p>

⁴⁹ Ibidem. P.667-668

⁵⁰ Ibidem. Riopelle. P. 68

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> - Discutir el método futuro anticonceptivo de elección, ya que el embarazo es posible de 2-3 semanas. Post-aborto. - Informar a la paciente después de cuanto tiempo puede tener relaciones sexuales para evitar posible embarazo. - Indicar después de cuanto tiempo de inicio del método anticonceptivo, se necesita revisión médica.⁵¹ 	

Evaluación: La paciente conoce los cuidados domiciliarios, así como síntomas que debe notificar al médico. Adquiriendo los conocimientos necesarios para iniciar métodos anticonceptivos de tipo hormonal o mecánico (D.I.U).

⁵¹ Ibídem. P. 68

Necesidad: Comunicación

Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con la falta de conocimiento del procedimiento a aplicar.

Objetivo: La paciente demostrará la comprensión de la información a través de un dialogo interactivo.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Reducción de la ansiedad.- Evaluar el nivel cultural de la paciente y de la persona que le da apoyo para proporcionar información referente al estado actual según sea necesario.- Estimular a la paciente a exponer:<ul style="list-style-type: none">- Sus dudas y necesidades.- Sus sentimientos sobre la pérdida del feto y sus relaciones con el padre- No dar seguridades falsas referentes a embarazos futuros.- Hablar con la pareja sobre métodos de anticoncepción por utilizarse.	<ul style="list-style-type: none">- Las emociones y la ansiedad pueden provocar en el individuo el empleo de mecanismos de defensa que le permitan conservar su integridad frente a agresiones de orden psicológico. Un cierto estado de estrés puede influenciar la adaptación del individuo a diferentes formas de agresión, estimulando sus mecanismos de defensa.⁵⁴- Las preocupaciones, los temores y las preguntas sin respuestas de la paciente, afecta su recuperación física y mental.⁵⁵

54

⁵⁴ Ibidem P. 667

⁵⁵ Ibidem P. 49

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Explicar las razones médicas de esperar por lo menos tres meses antes de intentar otro embarazo.	
<p>Evaluación: La paciente verbaliza las enseñanzas y las rutinas preoperatorias y las rutinas perioperatorias, así como conocimientos de métodos anticonceptivos.</p>	

Necesidad: Comunicación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en la autoestima (autoconcepto) relacionado con la interrupción del embarazo, manifestado por sentimiento de culpabilidad por posible falta de atención médica.

Objetivo: Que la paciente exprese su experiencia y promover un nivel positivo de autoestima.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Establecer si se trata de un embarazo deseado.- Dar a la paciente tiempo y oportunidad de experimentar el duelo.- No decirle que "se puede volver a Embarazar", ya que cada embarazo tiene su propio significado y este es una pérdida irreparable.- Confirmar que el médico trate, con la paciente la posibilidad de volver a embarazarse, así como y cualquier tratamiento necesario para conducir un embarazo hasta su terminación.- Dar respuestas empáticas a la expresión de los sentimientos para fomentar una aceptación de estos.⁵²	<ul style="list-style-type: none">- Comunicarse es un proceso dinámico, verbal y no verbal, que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, y llegar a puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.⁵³

Evaluación: La paciente demuestra mecanismos de adaptación y autoestima positiva. Desapareciendo sentimientos afectivos de culpabilidad.

⁵² Martín T.S. Ibidem. P. 670.

⁵³ Ibidem. Rio Pelle P. 49.

Necesidad: Creencias y valores.

Diagnóstico de Enfermería: Conflicto entre las creencias religiosas y espirituales por la terminación abrupta del embarazo.

Objetivo: Disminuir la angustia de orden religioso.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<ul style="list-style-type: none">- Poner en contacto con un clérigo si Esos son sus deseos.	<ul style="list-style-type: none">- Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, conformes a su noción personal del bien del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.⁵⁶
<p>Evaluación: La paciente habla sin complicaciones y esta tranquila.</p>	

CONCLUSIONES

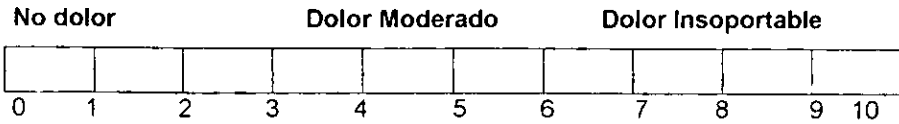
- El proceso Atención de Enfermería es un instrumento que nos orienta y nos sirve como base para la atención y cuidados que se deben brindar a un paciente.
- La importancia de aplicarlo no es únicamente que permite una atención planificada y de mayor calidad, sino que es un instrumento que pueda adecuarse a cada tipo de paciente y de patología, por lo tanto, permite atender distintos tipos de necesidades y dar una atención personal al paciente.
- Por otro lado, adquiere también una gran importancia en la formación y el desempeño de una enfermera al construir un cimiento de la investigación científica que permite analizar el caso de cada paciente y decidir hacia donde dirigir las acciones para mejorar la atención de este.
- La experiencia que tuve al estudiar un caso de sangrado transvaginal del primer trimestre del embarazo me ha dado elementos científicos importantes en la prevención y cuidado del mismo.
- Un factor que influye para que la paciente a su vez se conscientice sobre la importancia de cuidarse, es la educación. Nosotros sabemos que en nuestro medio no es muy común tratar temas de salud en general, de nutrición y cuidados específicos, pero cuando se presentan estos casos, la enfermera informa al paciente y a sus familiares sobre características de los procedimientos y las recomendaciones de alimentación, tratamientos médicos así como una orientación a sus hábitos, ya que a veces es necesario que tanto el paciente así como los familiares, cambien algunas de

las costumbres que llevaban antes, y de esta manera apoyen un tratamiento óptimo.

- En este caso, yo pude observar que la recuperación de la paciente, se debió sobre todo a su voluntad de recuperarse, reflejada en seguir las instrucciones que se le dieron, porque conscientizó que es el mejor medio para aliviarse.
- Considero muy conveniente que esta experiencia, basada en la utilización del proceso atención de enfermería para los casos de sangrado transvaginal del primer trimestre del embarazo, debe ser difundida, ya que se trata de una patología muy frecuente en nuestro medio. Por lo que es doblemente importante que la enfermera aplique la metodología para hacer eficiente su trabajo para estos pacientes.
- El uso del proceso atención de enfermería permite crear un plan de cuidados, centrado en respuestas humanas, a diferencia del plan de tratamiento médico que se dirige a tratar la enfermedad.
- El proceso atención de enfermería representa un plan terapéutico que pueden emplear las enfermeras para tratar al paciente como ser único, que responde a su entorno y estado de salud en forma particular y que precisará acciones de enfermería adaptadas específicamente a él, y no tan sólo a su enfermedad.

ANEXOS

La escala visual análoga (EVA) puede ser usada para evaluar otros aspectos subjetivos de síntomas, pero su aplicación actual es para evaluar la intensidad del dolor. Esta escala consiste en una línea vertical u horizontal de 10cm. De longitud, que al inicio de ella se escribe **NO DOLOR** y al final **DOLOR INSOPORTABLE**.



BIBLIOGRAFIA

Alfaro R. Aplicaciones del Proceso de Enfermería. 3ª Edición, Editorial Mosby/Doyma libros, Barcelona España, 1996, p.p. 251.

Antología de la investigación Clínica en Enfermería, SUA/ENEO 1996, p.p. 303.

Baily Raffensperger Ellen, Llord Zusy M., Marchesseavit Lynn, Cleire. Neson J. Enciclopedia de la Enfermería, Tomo I, 9ª Edición, Océano Grupo Editorial, Barcelona España 1998, p.p. 192.

Beare P. G. /Myer J. L., Enfermería Principios y Práctica. Tomo IV, 1ª Edición, Edit. Medicapanamericana, España, 1995, p.p. 1707.

Brunner L.S., Suddarth D.S. Enfermería Medicoquirúrgica, Volumen II, 8ª Edición, Edit. Interamericana, Mc. Graw-Hill, México, 1997, p.p.2185.

Carpenito L.J. Diagnóstico de Enfermería, 5ª Edición, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, España, 1995, p.p. 1335.

Carpenito L.J. Manual de Enfermería, 3ª Edición, Edit. Horla- México 1992, p.p. 351.

Fernández Ferrin Carmen, Novel Marti Gloria El proceso de atención de Enfermería. Estudio de Casos, 1ª Edición, Editorial Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., Masson – Salvat, Enfermería, Barcelona, 1993, p.p. 115.

Hinchliff Susan M., Nordman Susan E., Schober Jane E. Enfermería y cuidados de salud, 1ª Edición, Edit. Ediciones Doyma, España, 1993, p.p. 777.

Keroude E. Suzanne. El pensamiento Enfermero, Editorial Masson Salvat, Barcelona España, 1995, p.p. 176.

Kozier, B., Ba, Bsn., Rn., Mn, Enfermería Fundamental Conceptos, Procesos y Prácticas, Tomo I, 4ª Edit. Interamericana Mc Graw Hill, España 1993, p.p.

Lawrence M. Tierney, Jr, Sthephen J. Mc. Phee Maxine A.P., Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 35ª Edición, Edit. Manual Moderno México, 1999, p.p. 1720.

Mille Loera J. E. Plancarte Sanchez , Estudio y Tratamiento del Dolor, 1ª Edición, Edit. Ediciones del Instituto Syntex., S Ps-45 ISSN 0188-3100, México D.F., 1994, p.p. 257.

Navarro Beltrán I. Diccionario terminologico de ciencias médicas. 13º Edición, Edit. Salvat., Barcelona España., 1996, p.p. 1315

N. Ropert/W.W Logan / A.J. Tierney, Proceso Atención de Enfermería, 2ª Edición, Edit. Interamericana, S.A. de C.V., México., 1990, p.p. 121.

Saxton, D.F. Nugent P.M., Pelikan, PK, Mosby's Comprehensive Review of Nursing, 15ª Edición, Editorial Mosby, St. Louis, Missouri, E.U., 1996, p.p. 977.

Seminario de proceso atención de enfermería. Material de apoyo UNAM-ENEO. 1997, p.p. 197.