



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA  
SEDE FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA  
APLICADO A UNA PACIENTE CON  
AMENAZA DE ABORTO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA  
**EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A  
**MARIA EVA LOZADA DE LA CRUZ**

No. DE CUENTA: 93678214

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



DIRECTORA DE TRABAJO:  
LIC. CAROLINA SOLIZ GUZMÁN

SECRETARIA DE ASUNTOS EDUCATIVOS



MEXICO, D.F.

JULIO, 2004



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.

## AGRADECIMIENTOS

Agradesco A Dios Por La Oportunidad De Vivir.

Por Que Tu Formaste Mis Entrañas, Tu Me Hiciste En El Vientre De Mi Madre.

Salmo 139:13

He Aquí, Herencia De Jehová Son Los Hijos.

Salmo 127:3

Agradezco A Mis Padres:  
Por Apoyarme Siempre En Mis Altibajos.

A Los Hombres De Mi Vida..... Mis Hijos  
Adrián, Pedro, Rodrigo Y Noé Que Siempre Me Han Impulsado a Seguir  
adelante.

A Mis Amigos Por Estar Siempre Que Los Necesite.  
Noé C. Alfredo V.

A Mis Maestros De La Escuela Y Compañeros De Trabajo.

A Alguien Que Ya No Esta, Pero Que Su Recuerdo Siempre Estara En  
Nuestros Corazones, Gracias.

Y Especialmente Gracias A Mi Padre Del Cielo Que Sin El No Hubiera Podido  
Lograr Esta Meta, Gracias Dios

## INDICE

Introducción	1
Justificación	2
Objetivos	3
Metodología	4
1. Marco teórico	5
1.1 El Cuidado Enfermero	5
1.2 Proceso atención de enfermería	10
1.2.1 Características del proceso atención de enfermería	11
1.2.2 Etapas del proceso Atención de enfermería	12
1.2.3. Etapa de valoración	12
1.2.4 Diagnóstico de enfermería	15
1.2.5. Etapa de Planeación	16
1.2.6. Etapa de ejecución	18
1.2.7. Etapa de evaluación	19
1.3 El modelo de Virginia Henderson aplicado al proceso de atención de enfermería	21
1.3.1 Principales conceptos y definiciones de Virginia Henderson	21
1.4 Amenaza de aborto	24
1.4.1 Embarazo	24
1.4.2 Aborto	26
1.4.2 Acciones de enfermería	36
1.4.4 Medidas preventivas	36
2. Aplicación del proceso atención de enfermería	40
2.1 Presentación del caso clínico	40

2.2 Valoración de las catorce necesidades	41
2.3 Jerarquización de las necesidades	43
2.4 Diagnóstico de enfermería en las catorce necesidades	47
2.5 Planeación, ejecución y evaluación de las catorce necesidades	51
3. Plan de alta	67
Conclusiones	69
Sugerencias	71
Bibliografía	72
Anexos	74

## INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión, que en interacción con otros profesionales, presta un servicio a la sociedad para el fomento a la salud, la prevención el tratamiento a las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos. La función específica de la enfermería es el cuidado, que se refiere a las acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y / o a la resolución de los problemas, de los sujetos sanos o enfermos que los presentan y no pueden resolverlos por si mismos, ya sea por carencia de información o por algún impedimento físico o mental

En este proceso se aborda el proceso atención de enfermería con las 14 necesidades de Virginia Henderson y las diferentes etapas del proceso, problemas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de enfermería.

La labor del personal de enfermería es identificar las necesidades del paciente a su ingreso y durante su permanencia en el hospital para así poder brindar los cuidados necesarios y tratar en lo posible de evitar el momento de las complicaciones.

Este trabajo se divide en tres apartados, los cuales se interrelacionan entre si para brindar la atención al paciente.

En el primer apartado se establece un marco teórico donde se habla del cuidado enfermero, del proceso de atención de enfermería, de las características del proceso de atención de enfermería, del modelo de Virginia Henderson aplicado al proceso de atención de enfermería y de la amenaza de aborto, que fue la problemática de la paciente.

El segundo apartado se refiere a la aplicación el proceso atención de enfermería donde se proporcionan cuidados específicos considerando los aspectos biológicos, psicológico, sociocultural y espiritual del individuo, se aplica el modelo de Virginia Henderson y las etapas de dicho proceso.

En el tercer apartado se presenta el plan de alta que se establece a la paciente de acuerdo con la problemática de salud que fue la amenaza de aborto, así mismo se hace una conclusión de lo que realizó en atención de enfermería con respecto al cuidado integral que debe tener un ser humano que requiere de cuidados, conocimiento, habilidad por parte de la enfermera.

## JUSTIFICACION

La amenaza de aborto es una afección que se ha incrementado a tal grado que actualmente se estima que del 10 al 20% de los embarazos se convierten en aborto, por lo consiguiente este padecimiento se ha convertido en un problema que afecta parte de la población derechohabiente del Hospital Regional de Nezahualcoyotl, por tal motivo, se realiza a una paciente, un proceso de atención de enfermería con la finalidad de proporcionar cuidados con un enfoque holístico, basados en la teoría y modelo del proceso de atención de enfermería de Virginia Henderson, que son una de las partes importantes en el desarrollo profesional de la enfermería.

Para establecer este plan elegí a una paciente con diagnóstico con amenaza de aborto porque lo que me motivo fue el deseo tan grande de la paciente por tener a su hijo, ya que ella y su pareja planearon este embarazo.

El ser madre es una experiencia sublime que alimenta el espíritu y enriquece la vida de quien la da, ser madre representa una valiosa oportunidad para desarrollarse plenamente aprovechando las bondades que la maternidad ofrece.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson a una persona adulta joven con amenaza de aborto para identificar sus necesidades dependientes y proporcionar cuidados de enfermería considerando el aspecto biológico, psicológico, sociocultural y espiritual del individuo.

### OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los diagnósticos de enfermería reales y potenciales que se presentan en una paciente con amenaza de aborto.
- Elaborar un plan de intervenciones que permitan la calidad y la forma de vida de la paciente.
- Brindar atención de enfermería de acuerdo con las etapas del proceso atención de enfermería con calidad y calidez al paciente con amenaza de aborto.



## METODOLOGIA

El proceso de atención de enfermería es un instrumento en el que se perfilan las estrategias para fomentar la investigación y por ende planear los cuidados de enfermería y También permite tener conocimiento, habilidades y actitudes para desarrollar un pensamiento crítico y reflexivo a fin de dar solución a los problemas de salud y enfermedad a través de la atención integral con calidad humana.

La práctica de enfermería ha estado centralizada desde sus inicios, de manera tradicional, es la enfermera quien ha estado cerca el enfermo.

Se selecciono un caso de una persona con amenaza de aborto y se procedió a la valoración de la misma, a través de la entrevista y la observación física se obtuvo información directa e indirecta.

En la exploración física, se utilizaron las técnicas específicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, iniciando en forma céfalo caudal sistemática aplicando el instrumento metodológico de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Se estudiaron los diagnósticos de enfermería basados y aceptados por la North American Nursing diagnósticos asociación (NANDA) de acuerdo a la jerarquización de necesidades de salud se elabora un plan de intervenciones de enfermería asistiendo, aplicando, apoyando y enseñando a la paciente, en todas aquellas acciones y actividades que mejoran su estado de salud, por último se evaluaron los resultados obtenidos, los objetivos planteados, los beneficios que se obtuvieron en la paciente y su familia, así como el establecimiento de un plan de alta para su auto cuidado en su domicilio.

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1 EL CUIDADO ENFERMERO

Desde el comienzo de la vida los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos han tenido siempre necesidad de cuidados. Por que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de ese modo, luchar contra la muerte.

Durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio, y menos de una profesión. Eran actos en cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida.

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, Ser cuidado, cuidarse, cuidar. ¿Quién a lo largo de su vida no ha conocido cada uno de estos dichos? Cuidar es y será siempre indispensable no solo para la vida de los individuos, sino también para la conservación de todo grupo social y la supervivencia de todo ser vivo.

La enfermera como otros oficios o profesiones, califica como cuidados, la prestación que ofrece con los cuidados que hay que entender por ese nombre, es la determinación personal que proporciona esos cuidados cuyo principal objetivo es contribuir a todo.

Lo que pueda promover, desarrollar aquello que hace vivir a las personas.

Es la enfermera la que aparece en la historia en la primera y segunda guerra mundial, que origino que se impulsara la formación de enfermería, reconociendo como pionera a Florece Nightingale es así como se concede que dichos movimientos sociales han determinado e influido en la concepción de los cuidados de la salud y de enfermería.

En los años 60's se inicio un importante cambio "Brindar atención integral en la interacción enfermera paciente", en dicho movimiento se inserta la ideología de Lydia E. Hall modelo de introspección, cuidados y curación con el fin de favorecer la curación prevenir las complicaciones y promover la salud surgen otros problemas de experimentar la necesidad de incrementar la preparación académica con la del bachillerato colocando a nivel superior la profesión de enfermería.

En estos cambios la enfermera considera el entorno del paciente y lo concibe como un ser holístico. Por ello asume la responsabilidad de una gama de funciones incluyendo la educación, la administración de los servicios empieza a realizar la atención como proceso que con el transcurso de los años se ha perfeccionado, formando sus propios diagnósticos y conceptos de enfermería. Posterior a esta década fue necesario llevar a cabo la investigación en enfermería para tener el reconocimiento como personal profesional científicamente preparado.

Es la enfermera, la que ilustra una serie de imágenes solemnes en los momentos de crisis, guerras, catástrofes, plagas sociales en tiempos de alboroto o de calma la historia de los cuidados vividos y trasmitidos por las mujeres hace que los cuidados por ellas tanto en el medio hospitalario como en los ambulatorios y se identifiquen ahora con la denominación cuidados de enfermería.

Los cuidados son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la Enfermería en el desarrollo de su función propia, cuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificada en la persona.

Este es el aspecto de su trabajo, de la función que la enfermera inicia, controla y en el que es dueña de la situación. Los cuidados básicos de la enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas. También se analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del

grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente su misión consiste en asistir a esa persona.

El arte de cuidar no nació de la enfermedad ni aun de la lucha contra la muerte cuidar se sitúa mas allá de la enfermedad, es decir con mucha anterioridad a toda enfermedad y después de ella si esta es superada, no es en si un medio de reparación.

Durante la historia de la humanidad; en todas las sociedades, los cuidados siguen orientados hacia la vida. Mientras que los tratamientos con los cuales los cuidados se confunden, se refieren a la lucha contra la muerte causada por la enfermedad, o la reparación de las lesiones orgánicas generadas también por accidentes. Los tratamientos no podrán de alguna manera reemplazar a los cuidados.

Cada uno de nosotros empieza la vida siendo cuidado. Sin todos los cuidados proporcionados al pequeño recién nacido este no podrá sobrevivir. Como se ha podido ver los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años los cuidados más corrientes los más numerosos, los más importantes, porque se estaba muy desguarnecido respecto a la curación de la enfermedad y del accidente. Pero esta explicación única no podría ser suficiente. De que puede servir o establecer o tratar, si no se tiene en cuenta todo aquello que mueve la vida.

Cualquier trabajo llevado a cabo por un oficio o una profesión es una operación, un proceso que consiste en transformar nuevos elementos para conseguir un objetivo.

El proceso de los cuidados de enfermería proceden de un encuentro entre dos o varias personas que detectan elementos del proceso de cuidados este proceso esta centrado en la encrucijada de un sistema de intercambio que proviene de fuentes diferentes y complementarias que intenta determinar la

naturaleza de los cuidados que hay que proporcionar, la razón de estos cuidados, lo que se proponen conseguir, así como los medios necesarios para ponerlos en practica.

La conceptualización de la enfermera se concibe como la ciencia y el arte de cuidar al individuo sano y enfermo en todos los ámbitos y con el propósito de que utilice todas las capacidades y potencialidades para su desarrollo en su campo de acción, teniendo en cuenta al individuo, los cuidados el entorno y la salud para articular idóneamente la profesión de enfermería en el conocimiento científico, la sistematización de las acciones y la fundamentación de las mismas, a lo largo de la practica de enfermería se ha instrumentado diversos elementos que coadyuven al logro del objetivo por ello el análisis de las expresiones de sus principales teóricas fundamentan la forma de que se conciben los cuidados de enfermería. De tal manera, que en los supuestos aplicados se ha reflejado la evolución de su concepto, desde el enfoque vocacional humanitario a la visión trascendental de la disciplina académica. En esta búsqueda de conocimientos, la enfermera investiga y despliega, de acuerdo con sus antecedentes, filosofías, teorías y modelos de atención que es fruto de esfuerzos individuales de múltiples expertos que han aportado el desarrollo estructural del conocimiento sustentado para madurar el concepto de la enfermería.

Como filosofas sobre enfermería se refieren, en términos generales, el significado de los fenómenos observados por medio del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica, así pues, en esta categoría se han incluido los primeros trabajos que precedieron o condujeron a la construcción de los modelos teóricos y contribuyeron al desarrollo de los conocimientos en esta disciplina orientándolos en una determinada dirección definiendo las bases de los futuros trabajos, como reflejo de la moderna expansión experimentada en las diversas áreas de la ciencia y sus métodos dentro de este tipo de trabajo se encuentran las aportaciones de: Nightingale, Wiendenbach, Henderson, Abdellah, May, Watson y Bener.

En los modelos conceptuales de enfermería comprenden a las grandes teóricas en los modelos conceptuales y son: Orem, Levine, Rogers, Jonson, Roy, Neuman, King, Roper, Logan y Tierney.

Por último, en los trabajos referidos a las teorías de enfermería, llamadas También de nivel medio, se identifica en esto que su objetivo de atención es más preciso y se ocupan de responder a preguntas prácticas específicas dentro de la enfermería. Manejan así factores tales como el grupo de edad del paciente y lo que es más importante, la acción de enfermería. Por consiguiente estas teorías se refieren a aspectos concretos de las situaciones que se presentan siempre dentro de la vida genérica del modelo o teoría de la que se deriva. Siendo importante señalar que este grupo de trabajo está realizado tomando en cuenta tanto las filosofías como los modelos anteriormente descritos. Concretando la conceptualización de los modelos y teorías señaladas podemos decir que los principales propósitos de las teorías de enfermería son variadas de acuerdo a los objetivos que adopta cada teórica, cuyos conceptos y proposiciones explica a detalle los fenómenos a los que se refiere; sin omitir que el principal objetivo de una teoría es generar el conocimiento en un determinado campo.

En la actualidad la enfermera necesita seguir preparándose y conocer su objetivo de desarrollo, aplicar una teoría, modelo o investigación que le permita satisfacer las necesidades del paciente, le ayude a comprender su conducta y pueda aportar un marco conceptual para aplicar las partes del proceso atención enfermería

---

<sup>1</sup> Colliere Marie Françoise. La Vida de la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería 1ª Edición Editorial Interamericana McGraw-Hill pp. a-11

## 1.2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es conocido como proceso de atención de enfermería, es un método que consiste en brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos y también permite a las enfermeras prestar cuidados en una forma racional, lógica y sistemática.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

### 1.2.1 CARACTERISTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

Son aquellas que cuentan con actividades intelectuales y la resolución eficaz de solucionar problemas y la toma de decisiones es un termino que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias, comunidades o ambos, también implica el uso de términos científicos para identificar las necesidades de salud del paciente, y escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia proporcionar cuidados de enfermería, incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de estos cuidados y la evaluación de estos resultados, la enfermería en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, se definen objetivos, fija prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar para utilizar los recursos.

Entonces la enfermería proporciona servicios de cuidado directa o indirecta mente. Posteriormente evalúa los resultados o la información recibida, deberá ser el índice, las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y situaciones o cuidados de enfermería y así la enfermería se convierte en proceso dinámico que se presta a la adaptación y a la enfermería.

El aplicar el proceso de atención de enfermería al paciente le proporciona ventajas, y le garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, y los beneficios que obtiene son una mayor participación y continuidad en la atención de sus cuidados obteniendo una mayor atención de calidad en los mismos. Y esto se dirige a un nuevo mejor logro de objetivos.

Es sistemático: Por que consiste en la utilización de enfoque organizado para conseguir su propósito. Este método favorece la calidad de enfermería y evita los problemas.

Es dinámico: Por que responde a un cambio continuo y es un proceso en movimiento y en propuesta a necesidades del cliente y de las acciones del mismo.

Es interactivo: Se basa en las relaciones reciprocas que se establecen entre la



enfermera, el paciente y su familia y con los demás profesionales de la salud. Es flexible: Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier área de especialización que trate con el individuo, grupo o comunidad.

Tiene base teórica: Ha sido formado a partir de muchos conocimientos, conocimientos que incluye Ciencias y Humanidades y que se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

## **1.2.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Actual mente consta de cinco etapas, las cuales están estrechamente relacionadas entre si, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, y tiene una finalidad de reunir la información necesaria para la identificación de los problemas que tiene el paciente para la satisfacción de sus necesidades.

### **1.2.3. ETAPA DE VALORACIÓN.**

Esta etapa es considerada como el pilar del proceso de enfermería por que en ella dependen la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas, que para lograrlo es necesario una formación teórico practica en el campo disciplinar y requiere que la enfermera desarrolle capacidad de información, análisis y síntesis para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería con un enfoque holístico.

La Valoración es el acto de revisar el estado de la persona, mediante información que esta le proporcione y en otras fuentes diversas, esta información constituye una fuente de datos muy importantes. La valoración se efectúa para afirmar el grado de bienestar del individuo y diagnosticar problemas potenciales; en ciertos casos se confirma un estado de enfermedad. La fase de Valoración del proceso incorpora diversos esfuerzos y actividades para obtener datos, que incluyen los siguientes:

-Tomar la historia del paciente y utilizar registros.

-Valoración de la salud.

- Usar equipo diverso para obtener datos: termómetro, esfigmomanómetro, estetoscopio y otros.
- Usar las técnicas del examen físico, palpación, auscultación, percusión.
- Usar los cinco sentidos.

El objetivo de la fase de valoración es, identificar y obtener datos acerca de las necesidades del paciente los cuales permitan a la enfermera al individuo y a la familia valora el grado de bienestar, reconocer problemas reales y potenciales y planear problemas que aseguren que tanto la persona como su familia obtengan soluciones adecuadas.

En su valoración la enfermera tiene en cuenta la interrelación de factores como edad del paciente, sexo, educación, etapa de crecimiento y desarrollo y estado socio económico.

Los datos específicos se obtienen de la entrevista al individuo y al efectuar un examen de salud. La entrevista y el examen incorporan dimensiones físicas y psicosociales, además, hay que tener en cuenta registros previos y expedientes, para asegurarse que la información sea completa y así evita que se fragmente la continuidad de los cuidados.

Los métodos para obtener datos son:

A través de la entrevista clínica.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades.

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera-paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren de un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación, en el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La exploración física es determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las situaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista y estas son cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados y respuestas normales o anormales, se centra en las características
- físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad).

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran a la valoración.

- Percusión: implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Hipersonoros cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: Se encuentra al percutir el estomago lleno de aire.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. Las diferentes formas de abordar un examen físico: desde la cabeza a los pies, por sistemas, aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

Mientras la enfermera recopila datos, para asegurarse de que la interpretación sea precisa. Cuando deduce que existe algún problema o afección, a partir de los hechos que recopila, deben confirmarlo con el paciente; de esta manera se tiene la oportunidad de confirmar o negar las percepciones del diagnóstico.

#### **1.2.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

El diagnóstico consiste en el análisis de la información de datos obtenidos y así emitir un juicio sobre el estado de salud del paciente y que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolver el problema.

El diagnóstico es un proceso de análisis de datos e identificación y es una forma de tomar decisiones. Para integrar el diagnóstico se identifica la respuesta humana de la persona, y enseguida se precisa la causa, misma que permitirá desprender el sistema de enfermería y determinar las formas de expresión o manifestación de la respuesta inicialmente detectada, todo esto en el marco de las capacidades valoradas de la persona.

El diagnóstico de enfermería se refiere a la conclusión de las necesidades o problemas que presenta el paciente.

El objetivo del diagnóstico de enfermería es que una vez localizado el problema se analicen los diferentes aspectos que lo construyen para determinar su interrelación y soluciones posibles, de acuerdo a los recursos disponibles.

Definición de los diagnósticos de enfermería.

-Los problemas reales o potenciales para la salud, que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia pueden tratar y estar autorizadas para ello.

- El juicio o conclusión que surge como resultado de la valoración de enfermería.
- Un juicio clínico acerca de un individuo, familia o comunidad, que se deriva a través de un proceso sistemático, de recolección de datos y análisis, que constituye la base para prescribir un tratamiento definitivo, de el cual la

enfermera es responsable diagnóstico se expresa en forma concisa e incluye una etiología bien conocida.

Una afirmación que describe la respuesta humana ( estado de salud o patrón de interacción alterado de tipo real o potencial) de un grupo o individuo que la enfermera es capaz de identificar legalmente y para lo cual puede ordenar intervenciones definitivas con el fin de preservar el estado de salud, reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

El diagnóstico de la enfermería se refiere a la conclusión de las necesidades o problemas que requiere el paciente. El objetivo de el diagnóstico de enfermería es que una vez localizado el problema a se analicen los diferentes aspectos que lo construyen para determinar su interrelación y soluciones posibles de acuerdo a los recursos disponibles

### **1.2.5 ETAPA DE PLANEACIÓN.**

El tercer componente del diagnóstico de enfermería se refiere a la intervenciones correctas en forma de actividades de enfermería que abarcan desde e suministro de medidas para el bienestar hasta orientación y educación para la salud, estas actividades tienen el propósito de promover la adaptación positiva del paciente, al medio y mejorar su grado de adaptación.

Después de que la enfermera ha obtenido datos los ha interpretado y formado, el diagnóstico se continua con delinear un plan de cuidados. En esta etapa da inicio al proceso de enfermería, sin embargo es necesario irla construyendo a lo largo de la intervención de enfermería en forma dinámica y continua de acuerdo a la evaluación del cuidado. Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterio de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

La contribución de las enfermeras en trabajo con equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo, así como estos colaboran con ella en la planeación y ejecución de algún problema ya sea para el mejoramiento de la salud, el reestablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

La planeación es un paso donde la enfermera elige la mejor forma de atención organizada, dirigida hacia una meta. En este plan se establecen prioridades, se determinan los resultados que se esperan, se identifican las acciones e intervenciones de enfermería y se documenta el plan asistencial que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados también examina los puntos fuertes, creencias y valores personales que influyen en la fase de planeación de la atención.

Y que cuenta con estas etapas de plan de planeación que son:

- Establecer prioridades en los cuidados.
- Planteamiento de los objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.
- Seleccionar todos los problemas y necesidades que se puedan presentar en una familia y en una comunidad y se concluye con un numero determinado de diagnósticos enfermeros y problemas Interdependientes.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer lo primordial, ya que esto hace que se brinde una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

Planteamiento de los objetivos.

Identificación de los actuaciones apropiadas y de los objetivos que las enfermeras reconozcan los puntos fuertes del paciente y sus familiares, de su comprensión, de los cambios que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del paciente a la enfermedad.

## 1.2.6 ETAPA DE EJECUCIÓN.

En esta etapa se pone en práctica todo el plan de cuidados establecidos, consiste además, la comunicación del plan de atención a todos los que participan en el cuidado del paciente.

Las actividades son llevadas por el personal de enfermería, por los miembros del equipo de salud y de la familia. En esta etapa es necesario continuar con la recabación de datos, la valoración de los mismos, y registrar las observaciones correspondientes a los cuidados. Proporcionar informes y mantener el plan bien actualizado con e fin de lograr los objetivos trazados, como son las de promover la salud y reducir, eliminar o prevenir problemas.

Las actividades de enfermería que abarcan desde el suministro de medidas para el bienestar hasta orientación y educación para la salud; estas actividades tienen el propósito de promover la adaptación positiva.

Es conveniente tener presente que la fase de implantación es fluida, por que se basa en uno o varios diagnósticos que pueden variar en cualquier punto del proceso, al efectuar una revaloración, además al suministrar cuidados se espera que el paciente varíe, y al efectuar una segunda evaluación, es probable que se formulen nuevos diagnósticos y se modifiquen los cuidados.

En esta fase la enfermera es responsable de dar a conocer su plan de cuidados a los médicos y otras enfermeras, de manera que estos sean de tipo completo para el paciente y esto se hace mediante un cardex, reportes verbales, expediente y plan de cuidados.

La mayoría de los hospitales utilizan estas formas para el plan de cuidados, en ocasiones proporcionan un resumen completo, aunque breve, de los datos pertinentes del paciente junto con su espacio para escribir y registrar prescripciones, intervenciones, evaluaciones de enfermería y la respuesta de la persona a los cuidados.

### 1.2.7 ETAPA DE EVALUACIÓN.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Esto se hace para ver no solo como reacciona el sujeto a las intervenciones de enfermería sino para proporcionar mayor información con objeto de revisar el plan, si es seguro, razonable, e implica atención de enfermería de calidad.

Una evaluación correcta incluye estimar los resultados de las actividades o cuidados de enfermería, para ayudar a predecir la invalidez de los cuidados futuros.

Carpentier sugiere que las evaluaciones adecuadas consten de:

- Establecer criterios para observar y medir.
- Valorar la respuesta, actual para obtener evidencia.
- Comparar la respuesta actual contra los criterios establecidos.

Para expresar si las acciones fueron eficaces y confiables, es mejor emplear calificativos que indiquen el grado, cantidad o eficacia y la confiabilidad de la observación para saber.

¿Cuál es el estado del paciente?

¿Se aliviaron todos los síntomas?

¿Qué resultados se obtuvieron?

¿Cuál fue la evidencia de los mismos (auto observación, observación de otras personas, respuesta verbal, desaparición de los síntomas)?

¿Que persona participo (enfermera, paciente, otras)?

¿En que contexto (Que mas sucedía) se llevo a cabo la acción?

Al establecer estos puntos es posible construir diversas categorías de actividades de enfermería, que son eficaces en ciertos casos, para determinados pacientes, en ciertas condiciones. Al determinar que grado han sido eficaces, la



enfermera se encuentra en mejor posición de proceder el cambio del paciente hacia una mayor estabilidad o bienestar.<sup>1</sup>

5

---

<sup>1</sup> Duenas Fuentes José Raúl (2001). El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado en [http://www.terra.es/personal/duenas/home\\_htm](http://www.terra.es/personal/duenas/home_htm), consultado el día 20m de febrero del 2004.

### 1.3. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON APLICADO AL PROCESO DE ENFERMERIA.

#### 1.3.1 Principales conceptos y definiciones de Virginia Henderson

Virginia Henderson es una enfermera estadounidense que en 1956. En su libro "THE NATURE OF NURSING". En el que define la función propia de la enfermería de la siguiente forma.

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, recuperación o a una muerte tranquila, que llevara a cabo sin ayuda, si contara con la fuerza de voluntad o conocimiento necesario haciéndolo de tal modo que facilite la conservación de independencia lo mas rápido posible.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que a ella le causaba la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y Prácticas la llevaron a preguntarse que es lo que debería hacer.

En la teoría de las necesidades humanas, Henderson identifica 14 necesidades básicas fundamentales que componen todos los seres humanos que pueden no satisfacer por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (la persona es independiente), pero cuando algo de esto falta en la persona, una o mas necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (la persona es dependiente), es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a la persona para que pueda tener sus necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico o sociológico o relacionado con una falta de conocimientos.

Henderson en las afirmaciones teóricas, menciona "que independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos para alcanzar una interdependencia con independencia, no una dependencia enferma".

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

### **Afirmaciones teóricas de Virginia Henderson a cerca de:**

#### ***Enfermería.***

Tiene una función única de ayudar a los individuos, enfermos o sanos actúa independientemente del médico, pero apoya su plan. Esta formada en ciencias biológicas y sociales.

Puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los catorce componentes de asistencia abarcan todas las funciones posibles de Enfermería.

La persona debe mantener un equilibrio físico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

#### ***Persona.***

Individuo que requiere la asistencia para alcanzar salud e independencia o una Muerte en paz; la persona y la familia son vistas como una unidad, la persona es una unidad corporal física y mental, que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables, el paciente y su familia son considerados como una unidad tanto el individuo sano como el enfermo anhelan el estado de independencia tiene necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

### **Salud.**

La calidad de la salud, más que la vida misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería equipara salud con independencia.

### **Entorno.**

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, familia, grupo, cultura, aprendizaje y factores ambientales son necesarios conocerlos por enfermería para valorar los riesgos.

**Las catorce necesidades que Virginia Henderson establece son las siguientes:**

- 1.- Necesidad de oxigenación
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación
- 3.- Necesidad de eliminación
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- 5.- Necesidad de descanso y sueño
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- 7.- Necesidad de termorregulación
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9.- Necesidad de evitar peligros
- 10.- Necesidad de comunicarse
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse
- 13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas
- 14.- Necesidad de aprendizaje.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Marriner Tomey Ann. et al. Modelos y Teorías de Enfermería 4ª Edición España 1998 Editorial Harcourt. Brace p 99-108

## 1.4 AMENAZA DE ABORTO.

### 1.4.1 EMBARAZO

El embarazo es un proceso fisiológico, que comprende desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos, que requiere de atención y vigilancia, para evitar riesgos y complicaciones que puedan alterar la salud y poner en riesgo la vida de la madre y de su producto. La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y circunstancias patológicas intercurrentes en el embarazo.

La vida de todo ser humano se inicia en el momento en que una célula reproductora masculina se une con una célula reproductora femenina, dando como resultado la formación de una nueva célula llamada huevo o cigoto.

Esta nueva célula representa la célula del nuevo individuo, es decir, a partir de esa nueva célula se forman todas las estructuras del cuerpo humano, con funciones específicas para cada una de ellas, mediante los procesos de crecimiento y desarrollo.

Durante la vida intrauterina se suceden fenómenos de asombrosa secuencia y cronología hasta que el organismo queda integrado el tiempo requerido para que se lleve a cabo este proceso y se considera de 280 +11.2 días de vida intrauterina.

Cuando una mujer se encuentra cursando esta etapa de formación de un nuevo ser, se dice que ella esta embarazada, la evolución que durante este tiempo sigue el individuo en su proceso de formación son:

Los cambios anatomofisiológicos que presenta la mujer embarazada para cubrir las necesidades derivadas del proceso de formación de un nuevo ser.

### **Amenaza de Aborto.**

Las hemorragias durante la primera mitad del embarazo, sin importar que sean ligeras siempre se consideran como amenaza de aborto, en primer lugar, se obtiene una historia clínica con detalle y precisión que incluye la duración de la gestación la fuente de supervisión prenatal, y el inicio, duración e intensidad del episodio hemorrágico. Se pide a la paciente que describa la hemorragia en cuanto a cantidad.

También es preciso valorar la naturaleza de la sangre que se expulsa, por ejemplo si es rojo brillante o café oscuro, si contiene fragmentos de tejido, mucosidad, si huele mal si es un escurrimiento continuo o son manchas intermitentes se evalúa la presencia, naturaleza y ubicación de otras incomodidades como son calambres, dolor sordo, punzante o mareo.

La valoración de las hemorragias en mujeres que están en un hospital es pesar las toallas antes y después de su uso para determinar por diferencia la cantidad de sangre que se perdió y cuando hay tejido sobre la toalla es conveniente examinar el producto de la concepción para asegurarse de que el aborto fue completo si se prescribe reposo en cama y la hemorragia desaparece en un lapso de 48 horas. Se podrá salir de cama pero deberá limitar sus actividades durante los siguientes días.

Se aconseja a la paciente que evite el coito durante dos semanas después de la última evidencia de hemorragia según las ordenes médicas.

El apoyo psicosocial es de primordial importancia porque los episodios hemorrágicos son aterradores y producen ansiedad en la mayor parte de las embarazadas las reacciones emocionales de choque y negación son respuestas frecuentes sin importar el tipo de aborto.

La mujer, con frecuencia, trata de investigar que ocasiono esta afección. Es probable que se sienta culpable y se arrepienta de comportamientos que quizás contribuyeron a las afectaciones, es conveniente permitir que se exprese de modo verbal sus sentimientos, al igual que todos los miembros de la familia.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>Sharon J. Leonide Enfermería Materno infantil 17ª Edición Mc Grall-Hill Interamericana 1992 pág 797

La información precisa a causa de la mayor parte de los abortos espontáneos y los hechos que se relacionan de manera específica en el caso real.

Es necesario no dar falso apoyo porque de hecho la paciente puede sufrir un aborto.

El orificio cervical incompetente es un defecto mecánico del cervix que se dilata permanentemente durante el trimestre intermedio del embarazo y da como resultado aborto tardío o trabajo de parto antes de término. Esta afección de manera relativa poco frecuente por anomalías congénitas del útero del cervix o traumatismos previos. Los síntomas incluyen dilatación indolora y rotura prematura de membranas.<sup>3</sup>

#### 1.4.2 ABORTO.

El aborto es la terminación del embarazo en cualquier momento antes de que feto llegue a la etapa de viabilidad (o sea, antes de que sea capaz de existir fuera del útero de manera independiente). Con frecuencia se utiliza el término mal parto para indicar un aborto que se produce de modo espontáneo, sin inducirlo; los abortos espontáneos se observan de un 10 a 20% de todos los embarazos.

El peso del feto es un criterio importante que se emplea para distinguir un aborto de un parto a pretermino. En un niño a pretermino nace después de alcanzar la etapa de viabilidad pero antes de tener la misma oportunidad de los niños a término. Por consenso general, se dice que los niños que al nacer pesan menos de 2500g. Son de pretermino; los que pesan 2500g o más se consideran a término. Los modernos avances en el control y cuidado de los nacidos a pretermino permiten la supervivencia del niño cada vez mas pequeño, en la actualidad es bastante probable que los niños que pesan 750g logren sobrevivir.. Por este motivo muchas autoridades mantienen que el peso fetal de 1000g o menos pero mayor de 500g corresponde a un niño inmaduro y el peso fetal de 500g o menos constituye un aborto. En muchos casos se hace certificado de

---

<sup>3</sup> Sharon J. Reeder, Leonide L. M y Deborah Koniak. *Enfermería materno infantil* 17a. Ed. Mc Graw-Hill iberoamericana. 1999 pág. 794-797

nacimiento para cualquier embarazo que termina más allá de la semana 20 de gestación o cuando el feto pesa 500g o mas, la clasificación de la manera que termina el embarazo depende de la interpretación que se le asigne en los diferentes hospitales.

Es importante recordar que el trabajo de parto antes de término no se relaciona con aborto. El trabajo de parto antes de término constituye la terminación del embarazo cuando el feto es viable, pero antes de que llegue a término.

### **Manifestaciones y causas.**

Durante los abortos que ocurren durante el primer trimestre el 80% se asocian con algún defecto del embrión o trofoblasto que sería incompatible con la vida o que podría dar lugar a un niño muy deformado. Muchas mujeres explican el aborto como resultado de alguna lesión o actividad excesiva. En algunos casos el embarazo continúa a pesar de caídas, accidentes automovilísticos y diferentes traumatismos. En otros, una caída trivial, la ansiedad o la fatiga excesiva parecen estar en relación con el aborto, pero es imposible determinar la relación, causa-efecto.

### **Diagnóstico médico y pronóstico.**

Es fundamental determinar la causa de hemorragia vaginal de comienzos del embarazo para efectuar un diagnóstico preciso. Se examina la vagina y el cervix con cuidado para comprobar las posibles causas de la hemorragia y determinar si el cervix está dilatado. Se utilizan técnicas de ultrasonido para diferenciar los fetos vivos de los embarazos que de modo inevitable terminarán en aborto espontáneo. El pronóstico se evalúa con marcadores de ultrasonido que sirven para explicar la causa y distinguir las que presentan riesgo y las que no lo presentan.

### **Control médico.**

Se deben dar instrucciones a la embarazada siempre que experimente hemorragia durante el embarazo. Puede permanecer en el hogar y se le indica reposo en cama y abstinencia sexual. En ocasiones se prescriben sedantes para favorecer la relajación. En caso de que la hemorragia aumente y se acompañe de



calambres o contracciones uterinas, se recomienda la hospitalización. Se receta tratamiento intravenoso para reposición de líquidos.

### **Frecuencia.**

Existen índices globales de abortos espontáneos del 15 al 17 %.

No existe una frecuencia real, por lo general del 15 al 40 % de todos los embarazos terminan en un aborto espontáneo 75% de estos terminan antes de las 16 semanas y el 62% antes de las 12 semanas.

La frecuencia se ve influida por diversos factores relacionados con la pareja y la gestación.

El aborto provocado carece de estadísticas fidedignas debido a que no está legalizado en México. Constituye un problema de salud pública por la elevada morbilidad que ocasiona al efectuarse frecuentemente en condiciones precarias.

### **Factores predisponentes.**

- Edad de la pareja.
- Embarazo previo.
- Número de abortos espontáneos previos.
- Presencia de malformaciones o efectos genéticos.
- Enfermedades crónicas degenerativas.

### **Etiología.**

La mayor parte de los abortos espontáneos se relacionan con productos anormales de la concepción.

Para su estudio se clasifican de la siguiente manera:

- Factores fetales.
- Factores maternos.
- Traumatismo.

**Factores fetales.**

Desarrollo anormal del cigoto por número anormal de cromosoma.

**Factores maternos.**

Enfermedades sintomáticas, Infecciones de tipo viral (TORCH) toxoplasmosis, rubéola, herpes, citomegalovirus, trastornos endocrinos (hipertiroidismo) de la producción de las hormonas tiroideas que ocasionan enfermedades cardíacas y nerviosas, enfermedades cardiovascular-venales e hipertensivas, enfermedades del tejido conjuntivo.

**Trastornos inmunológicos.**

- ❖ Incompatibilidad a grupo.

**Factores tóxicos.**

- ❖ Uso de medicamento.

**Efectos uterinos.**

- ❖ Alteraciones de la cavidad uterina
- ❖ Tumores uterinos
- ❖ Posición uterina anormal
- ❖ Cicatrización previa de la pared uterina.

**Traumatismo.**

- ❖ Directo (contusión directa del cuello uterino).

**Patología.**

- ❖ A menudo ocurre hemorragia hacia la residual basal.
- ❖ En la implantación ocurre necrosis e inflamación.
- ❖
- ❖ Se desprende en parte o por completo el embarazo y actúa como cuerpo extraño.
- ❖ Se presentan contracciones uterinas y dilatación del cuello.

- ❖ Se presenta la expulsión del producto de la concepción parcial o total<sup>4</sup>

### **Clasificación de aborto:**

El término aborto incluye diversos métodos para terminar el embarazo antes de la viabilidad del feto, y se subdivide en dos grupos principales:

**Espontáneo e Inducido.** El aborto espontáneo ocurre cuando el proceso comienza por sí solo, por causa natural, el aborto inducido se produce de modo artificial, ya sea por motivos terapéuticos. El tipo de aborto que la mujer experimenta depende de los signos y síntomas que se observen. Manifestaciones y causas.

**Amenaza de aborto.** Datos: metrorragia, dolor hipogástrico y lumbar, la hemorragia vaginal o la mancha se produce a principio del embarazo y puede o no asociarse con calambres leves, cervix cerrado; el proceso puede desaparecer o dar lugar a un aborto.

Presencia de flujo vaginal sangiolento puede variar en cantidad o intensidad, se puede acompañar de dolores espasmódicos semejantes a los de menstruación o dolor de espalda, no hay modificaciones cervicales.

**Aborto Inminente.** Intensificación de los signos anteriores.

**Aborto Inevitable.** La sintomatología señalada a la anterior mas el proceso progresa de manera que es imposible que el embarazo termine; la hemorragia es de moderada a copiosa; los calambres uterinos, de moderados a graves; las membranas pueden o no estar rotas; el canal cervical se dilata, requiere de legrado uterino instrumental.

**Aborto en Evolución.** Hay hidrorrea, metrorragia, se observan restos ovulares en vagina y cervix, el cuál esta dilatado generalmente, este cuadro es consecutivo a la amenaza de aborto, su sintomatología es similar a la descrita

---

<sup>4</sup> Mondragón Castro, Héctor *Obstetricia básica ilustrada* 4ª Ed. México trillas1991 Pág. 272.

pero de mayor intensidad; el dolor y el sangrado son progresivos, a la exploración se encuentran modificaciones cervicales, el orificio externo y el canal cervical se encuentran con cierto grado de dilatación, que comprende el orificio cervical interno. La longitud cervical se encuentra disminuida, a través del canal cervical pueden palpase las membranas cervicales.

**Aborto Incompleto.** Los restos no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, el útero no se contrae, el cervix permanece abierto y la hemorragia es abundante. Parte del producto de la concepción ya se ha expulsado pero otra parte, la placenta se detuvo dentro del útero; la hemorragia abundante persiste casi siempre hasta que se expulsan los productos de la concepción obtenidos; los calambres uterinos son fuertes, el cervix esta abierto y se observa tejido en el. Requiere de legrado uterino instrumental inmediato.

**Aborto Completo.** No se puede asegurar que se haya eliminado el huevo, es preferible realizar un legrado uterino instrumental inmediato. Todos los productos de la concepción se expulsaron, la hemorragia es leve, los calambres uterinos son suaves.

**Aborto Diferido.** Huevo muerto y retenido, la gestación esta interrumpida, no hay vitalidad ovular ni crecimiento del útero, existe peligro de que la paciente desarrolle un cuadro de coagulación intravascular diseminada por el paso de tromboplastina a la circulación general, requiere de legrado uterino instrumental inmediato, inductoconducción del trabajo de aborto dependiendo del tamaño del útero.

**Aborto Fallido.** El feto muere in-útero pero es retenido ahí, se observa regresión del crecimiento uterino y cambios en los senos; cuando transcurren seis semanas o mas de la muerte fetal hasta la expulsión se produce cambios degenerativos, como por ejemplo maceración, ablandamiento general, momificación del feto, se seca formando una estructura similar a cuero y, en casos poco frecuentes, se observa malestar general, dolor de cabeza y anorexia, la

afección se descubre porque el fondo del útero no continua elevándose; no se escuchan soplos cardiacos fetales o ambas cosas.

**Aborto Ilegal** Terminación del embarazo fuera de instalaciones médicas adecuadas clínicas u hospitales y por lo general lo efectúan personas que no son médicos; se desconoce la frecuencia de este tipo de abortos pero ha descendido en Estados Unidos gracias al aborto legalizado, en este caso la mujer ingiere algún fármaco o se introduce un cuerpo extraño como una sonda uretral al útero, es frecuente que se produzcan infecciones graves, a menudo con estado de choque o fallo renal.

**Aborto Infectado.** Se caracteriza por secreción fétida de la vagina y cuello uterino, presencia de dolor pélvico y abdominal. Hipersensibilidad suprapuvica marcada, signos de peritonitis, hipersensibilidad al movimiento del útero , fiebre de 38 a 40°C.

- Antibioticoterpia.
- Hielo local
- Reposo y medidas generales para controlar la infección.
- Limpieza de la cavidad uterina.

**Aborto Terapéutico.** Es la terminación del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal con el propósito de proteger la salud de la madre; indicaciones: Carcinoma invasor del cuello uterino cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar seriamente a su salud secundaria a violación, presencia de un niño con malformaciones físicas graves.

### **Complicaciones.**

Hemorragia intensa o persistente durante o después del aborto sepsis posterior a un aborto fallido, perforación uterina, coagulación intravascular diseminada, peritonitis.

## **Tratamiento.**

El éxito del tratamiento de un aborto va a depender de un diagnóstico temprano, deben incluirse a un examen físico o general así como los exámenes de laboratorios y gabinete necesarios.

Hospitalización de la paciente y monitorización.

La mayor proporción de abortos provocados corresponde a embarazos con menos de doce semanas tiempo que la morbilidad es menos; pero un veinte por ciento de los abortos ocurren en embarazos mayores, que condicionan elevada morbilidad en complicaciones graves que pueden llevar hasta la muerte.

Es principio indiscutible de la ley natural del derecho a la vida que tiene cualquier individuo, es principio de la ética médica preservar la vida de nuestros semejantes, por pequeña e indefensa que esta sea es principio de ethos de todo médico " no hacer a otro lo que no desee que le hagan a el".

Tratemos, pues, de servir a nuestros semejantes, pero dentro de este marco ético, sin claudicar de nuestros principios, sin dejar de influir nuestra acción por intereses mezquinos, amenazas ni argumentos falaces.

Debemos orientar a nuestras pacientes para que eviten que ocurra un embarazo no deseado sin que tengan que llegar a un aborto inducido que ponga en peligro su salud, su vida o que deje un indeleble sentimiento de culpa.

## **Métodos de Diagnóstico**

### **Estudio de Gabinete**

- Valoración de muestras de laboratorio como son BH, QS, EGO, TP, TPT GRUPO Y FACTOR RH:
- Algunas pruebas de laboratorio permiten determinar la cantidad de determinados nutrientes, se analiza la hemoglobina y el hematocrito, para conocer los valores de hierro y determinar si necesita algún complemento.
- La cantidad de ácido fólico puede servir como indicador del consumo nutricional. También puede determinarse la albúmina sérica, la proteína

sérica total y la vitamina B 12 sérica para valorar nutrientes específicos se recurre a estudios hematológicos adicionales.<sup>5</sup>

### **Cuidados nutricionales durante el embarazo.**

La nutrición desempeña un papel clave en el resultado del Embarazo. El estado nutricional de la mujer en la época de la concepción y la calidad de la dieta que consume durante los meses siguientes, contribuyen a determinar su salud y bienestar, así como los del bebé, una alimentación óptima durante el embarazo tal vez no corrija todos los problemas nutricionales, pero sí constituye un paso muy grande en ese sentido.

Para que la asesoría sea eficaz y los resultados perdurables, la enfermera debe solicitar toda la cooperación de la paciente, esto se facilita cuando ella participa en la planeación al considerar las necesidades, antecedentes, preferencias y aptitudes familiares, al darle información, apoyo y reforzar las buenas selecciones y la preparación correcta al indicar de manera suave pero firme, regímenes dietéticos necesarios, y al proporcionar una explicación completa y cuidadosa con respecto a la lógica de las sugerencias.

Cuando se ayuda a la Embarazada a comprender la importancia de la buena nutrición para ella y para el feto. Quizá se sienta más motivada para mejorar sus hábitos alimenticios, ya que esto tendrá efecto perdurable en su familia.

La elección de alimentos es una combinación de los factores hereditarios, supersticiones, creencias, conocimientos y oportunidades, los antojos y preferencias se transmiten de una generación a la siguiente por el proceso de imitación.

---

<sup>5</sup> Mondragón Casto, Héctor Obstetricia básica ilustrada—4ª Ed México trillas, 1991 Pág. 272.

Esto lo debe contestar la paciente, ya sea sola o con ayuda, durante la primera visita prenatal permite identificar diversos problemas y constituye el fundamento para la entrevista de asesoría nutricional, algunas preguntas tal vez sean necesarias.

La obtención de información del consumo dietético es otro aspecto importante de la valoración nutricional hay varios métodos para determinar los patrones reales de alimentación para conocer el consumo dietético de alimentación durante 24 horas. Debe incluir la hora y el sitio y el tiempo y la cantidad de alimento que consumió. Este método es sencillo y no toma mucho tiempo.

La evaluación antropométrica incluye diversas medidas del cuerpo, la altura y el peso son los más comunes. Al comparar la altura con el peso antes del embarazo se obtiene una constitución corporal, que es útil para determinar el peso promedio e identificar a las personas de peso bajo, si se registra el peso en cada consulta obstétrica se podrá comparar el aumento de peso de la paciente con el patrón recomendado.

Desde la infancia, el alimento y la cercanía se asocian con el amor y la seguridad. Se considera que los alimentos y la comida simbolizan aceptación interpersonal, cordialidad y sociabilidad. En todas las sociedades se percibe ese simbolismo inconfundible; desde la antigua costumbre de partir el pan hasta los banquetes modernos, servir alimentos es una manera de expresar honor, alegría o enlaces mutuos.

Es fácil comprender por que los alimentos se asocian al simbolismo de la maternidad, la alimentación no solo transmite significado de bondad y hospitalidad a quienes reciben los alimentos sino que También es fundamental para el desarrollo y el bienestar, por tanto es que se relaciona con el concepto de madre, que es la persona que por lo general nutre, ama y da apoyo.



### **1.4.3 ACCIONES DE ENFERMERIA**

- Recepción de la paciente embarazada, en forma amable y cordial llamándola por su nombre.
- Pasarla a un cubículo para que se cambie de ropa por una bata abierta por la parte delantera que facilite la exploración física.
- Registrar peso y medirla.
- Tomar los signos vitales haciendo énfasis en la tensión arterial ya que con esto se busca diagnosticar en etapa temprana alteraciones cardiovasculares o renales.
- Apoyo para la exploración física.
- Orientar a la paciente sobre la importancia que tiene tanto para ella como para el hijo que espera, en llevar un correcto control de su estado de salud que redunde en el bienestar de ambos.
- Educación a la pareja en base a los cambios que presente la madre, estos son crecimiento del útero, crecimiento del abdomen, aumento de las glándulas mamarias con salida en ocasiones de calostro y resequedad de la piel.
- Cuidado de la pared abdominal.
- Cuidado de las mamas y preparación del pezón para la lactancia materna.
- Uso apropiado de vestido y calzado adecuado.
- Cuidado de la piel utilizando lubricante.
- Preparación física y psicológica para el parto.

### **1.4.4 MEDIDAS PREVENTIVAS.**

Los cuidados preventivos permiten evitar o controlar problemas graves, educar a la paciente e implementar las intervenciones de enfermería más adecuadas para la paciente, en la valoración que se hace incluye datos sobre la adaptación fisiológica materna y familiar al embarazo, cumplimiento del régimen médico y preparación para desempeñar las funciones de padre y madre, también tiene

oportunidad para otros problemas con la salud como las señales, de peligro que deben de reportarse de inmediato.

- Salida de liquido por vagina sea en mínima cantidad pero suficiente para humedecer la ropa interior, o si esta corre por sus piernas, incluso, si tiene duda si es orina durante el sueño o que el liquido sea leve.
- Vigilar si hay presencia de edema en cara y dedos y en miembros inferiores.
- Vigilar si hay dolor de cabeza nauseas, vomito, zumbido de oídos, visión borrosa o lucecitas (la sensación que queda después que la retratan o miran una luz intenta) o dolor en boca del estomago sostenido.
- Dolor abdominal (abdomen duro) que dure mas de un minuto, y mas aun, si existe salida de sangre por vagina aunque solo sea manchado (el sangrado puede presentarse sin dolor) por lo que hay que acudir al medico de inmediato.

Para reposar o trasladarse debe hacerlo de su lado izquierdo siendo que esto favorece la oxigenación fetal y para trasladarse hágalo por medio rápido y seguro.

- Si se desea operar para ya no tener más hijos, deberá traer una autorización por escrito del esposo.

Esto puede hacerlo tan simple como sigue: deseo y solicito le sea practicado a mi esposa (nombre completo) la operación definitiva para ya no tener mas familia o embarazarse que se llama salpingoclasia, en esta institución de la que soy derecho habiente. Nombre, fecha, firma del esposo.

- Cuando venga a revisión se recomienda lo haga acompañada de una persona mayor de edad o un adulto.
- Durante periodos de trabajo evitar el manejo de sustancias toxicas o que se encuentren expuestas a radiaciones.
- Evitar realizar movimientos y esfuerzos abdominales violentos
- No cargar objetos pesados.
- Viajar solo por prescripción médica.

- Evitar ingerir bebidas alcohólicas.
- Evitar el tabaquismo ya que esto ocasiona al producto bajo peso.
- Los medicamentos que ingiera deberán ser prescritos por el medico después de valorar su administración.
- Durante el embarazo esta contraindicada la aplicación de productos biológicos.
- En pacientes que cursen con amenaza de aborto es recomendable no tener relaciones sexuales ya que puede estimular la actividad uterina por la acción de las prostaglandinas del líquido seminal.
- Para modificar los hábitos intestinales es recomendable la ingestión de líquidos abundantes con un mínimo de dos a tres litros diarios incluyendo leche, más abundante fibra.
- Una dieta balanceada en cantidad y calidad constituyen un factor indispensable para la evolución normal del embarazo.
- Vigilar el peso materno y mantener una buena ingestión de proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas.
- Preparación para el recién nacido, ropa, cuna, juguetes, etc.
- Información acerca de la planificación familiar
- Evitar exceso de grasa, sal, cafeína, azúcar, endulzantes.
- Toma de presión arterial para verificar alteraciones.
- Dar orientación psicológica si presenta angustia emocional relacionada con amenaza de aborto.
- Informar acerca de los vómitos y las nauseas matutinas a través de una dieta con alimentos seco en quintos y líquidos abundantes.
- Durante la micción frecuente es importante informar que la paciente ingiera considerables cantidades de líquidos y orine con frecuencia a fin de evitar que la vejiga experimente distensión excesiva.
- Evitar la deshidratación por micciones frecuentes ya que esto predispone a las mujeres embarazadas a infecciones del aparato urinario.
- No utilizar ropas interiores apretadas o sintéticas, es preferible el uso de prendas de algodón.

- Tomar baño diario con regadera de agua tibia.
- El baño en tina está contraindicado así como las duchas vaginales.
- Aseo de las piezas dentarias para tratamiento de caries.
- Cuidar su aspecto personal y vestir con prendas adecuadas, cómodas y sueltas de acuerdo a su gusto.
- No utilizar liga, cinturones, fajas que dificulten la circulación sanguínea y la digestión.
- Usar zapatos cómodos de tacón bajo para evitar accidentes.
- Caminar al aire libre y no cansarse.
- Reposo vespertino con los miembros inferiores elevados es muy útil.

Es importante que para poder ofrecerle una mejor atención a usted y a su bebé, cumpla con las indicaciones mencionadas.

## 2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

### 2.1. Presentación del caso clínico

Datos generales:

**Nombre** Sra. María Irene A. C.

**Ocupación:** profesora de primaria

**Edad:** 32 años

**Sexo** femenino

**Fecha / hora de ingreso:** 1º de febrero 2004 14 hrs. p.m.

**Diagnostico medico** al ingreso

Embarazo de 12-13 semanas de gestación + Amenaza de aborto.

Se trata de paciente femenino adulto joven la cual ingresa al hospital regional De Nezahualcoyotl, por presentar salida de liquido vaginal color café oscuro durante el transcurso de la mañana con dolor en la parte inferior del abdomen Motivo por el cual acude a la unidad de inmediato para su atención, al registrar los signos vitales y peso, los cuales son: T 36.5° C, P 78, R 20, T/A 110/ 70 Peso 68 Kg. 160 cm. Se realiza ultrasonido, para determinar la causa del sangrado los datos del rastreo producto único vivo de 13 semanas de gestación. Útero aumentado de dimensión lateralizado a la izquierda, con presencia de saco g estacional deforma irregular, sin presentar desprendimiento; se observa embrión único al momento vivo con dinámica sométrica cardiaca presente . No se observa líquido amniótico.

Durante su estancia hospitalaria se mantiene en reposo relativo y toalla testigo para determinar la cantidad y características de líquido transvaginal.

Se mantiene con solución mixta de 1000ml. Para ocho horas.

En los exámenes de laboratorio se obtuvieron resultados de hemoglobina de 10.8 hematocrito de 32.7. Se indica dieta normal con abundantes líquidos la paciente se encuentra un poco intranquila por desconocer que es lo que pasara a la intervención de enfermería se muestra mas tranquila y se dan los cuidados y la información adecuada para su tranquilidad y con una evolución satisfactoria.

## 2.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES.

### 1. *Necesidad de oxigenación.*

La paciente no fuma, la habitación donde vive tiene una adecuada ventilación. Refiere no haber fumado nunca, las vías respiratorias son permeables y se cansa un poco por que a veces camina o por que trabaja y atiende su hogar, los movimientos torácicos en ritmo, frecuencia respiratoria 20x'. Mantiene buena respiración.

### 2. *Necesidad de nutrición e hidratación.*

La paciente consume de los cuatro tipos de los cuatro tipos básicos de los alimentos, en cantidad de cuatro comidas durante el día, entre ellos come fruta picada, galletas saladas por que a veces le dan náuseas y por eso le gusta comer lo que se le antoja.

Ingiere de 1000 a 1500 ml diarios de agua y considera la comida como parte importante de reunión familiar, presenta un peso de 60.700 Kg. Talla 160 centímetros de estatura, cabello castaño largo ondulado, presenta buena hidratación en mucosas orales y presenta buena coloración piel con buena turgencia e hidratación generalizada.

### 3. *Necesidad de eliminación.*

Mancha toallas obstétricas en poca cantidad, sus hábitos de eliminación de evacuación de 1 a 2 veces al día, características formada café y amarilla blanda, no utiliza laxantes, no refiere hemorroides ni estreñimiento o dolor no ardor miccional 6 o 7 veces durante 24 horas de color claro sin problema.

Ruidos peristálticos presentes, satisfacción con sus patrones habituales de eliminación.

#### ***4.-Necesidad de termo regulación.***

La paciente presenta temperatura corporal 36 5° c. Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ya que se viste de acuerdo a la ocasión que lo amerita.

Realizar las actividades en su hogar se cubre o se destapa de acuerdo a sus necesidades.

Cuenta con su casa bien ventilada y la construcción es de loza, piso de linolium y cemento.

#### ***5.-Necesidad de moverse y tener buena postura.***

Es una persona activa, ya que trabaja dando clases y debe tener una buena postura, y sí se siente bien para realizar sus actividades cotidianas. No presenta dolor ni molestias a la agitación para ello por las tardes refiere un poco de cansancio y duerme un rato, por las tardes ve la televisión, tiene capacidad de realizar largas caminatas, cuando sale al trabajo y regresa. Tono muscular flexible. Actual mente por tener amenaza de aborto debe estar en reposo relativo, que consiste en permanecer en cama un tiempo hasta que desaparezcan totalmente las manchas de sangre en toalla, solo se podrá levantar para ir a evacuar o para bañarse.

#### ***6.-Necesidad de descanso y sueño.***

Duerme de 8 a 10 horas diarias y descansa durante en día en un periodo de 30 minutos, por la tarde no le altera el ruido, la luz o la music. No realiza movimientos bruscos, su habitación es pequeña y ventilada, la comparte con su esposo, su cama es blanda y muy cómoda, a veces despierta por la noche cuando tiene algún problema. En el hospital presenta ansiedad por su estancia hospitalaria y por no ver a su hija.

### **7.- Necesidad de vestir prendas adecuadas.**

Ella misma decide que ropa ponerse, realiza los cambios de ropa sola y sin dificultades, utiliza ropa normal que todavía le queda. A pesar de estas embarazada, le gusta usar pantalones de mezclilla, usa ropa de acuerdo a su edad, le satisface el uso de su ropa se siente limpia y presentable, le agrada que su ropa sea moderna, cómoda y agradable para su imagen, no necesita ayuda para vestirse y desvestirse.

### **8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.**

Maria Irene dice que se baña diario, y realiza cambio de su ropa, se lava los dientes tres veces al día, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, tiene uñas cortas, limpias y pintadas, piel limpia y humectada, se observa buen aspecto de higiene, su piel esta hidratada, su cabello, es largo y pintado y bien arreglado, su aspecto es pulcro, sin presencia de cicatrices durante la observación.

### **9.- Necesidad de evitar peligros.**

En su domicilio y trabajo tiene cuidado al realizar sus actividades cotidianas. u familia la componen, su esposo y su niña de tres años, y, ante una situación de peligro se angustia y desespera, pero conoce las medidas de protección en el hogar y el trabajo. En la actualidad ella platica con su pareja, para que los dos resuelvan algún problema que se suscite, y ella ha aprendido a controlar su salud, principal mente por el bebe que espera.

### **10.- Necesidad de comunicarse.**

Es casada desde hace siete años, vive con su esposo he hija de tres años, ante una preocupación le comunica a su esposo para la solución del problema, es



sociable, comunicativa y tiene buenas comunicaciones con sus familiares, cuñados y hermanas,

Una de sus cualidades es tener facilidad de palabras para expresarse y convencer, para cualquier tipo de charla.

Como es maestra se expresa de acuerdo a su clase que tiene con varios niños, y a ella le gusta su trabajo.

#### ***11.- Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias o valores.***

La religión que practica es la católica y la considera fundamental para ella, el rol familiar es el respeto, la honestidad y el trabajo. Ella es franca con su forma de vivir y esta satisfecha con lo que ha vivido y logrado en su vida.

Los hábitos de vestido no influyen en sus creencias y ella viste normal de acuerdo a su edad, es amable y atenta con los demás.

#### ***12.- Necesidad de trabajar y realizarse.***

Trabaja en una escuela de lunes a viernes, se siente bien de salud y desea seguir activa, esta satisfecha con su trabajo y el rol que desempeña. Ya que ayuda a su esposo a cubrir las necesidades económicas, vive una vida sin muchas presiones económicas.

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

Le gusta ver los programas recreativos, en sus tiempos libres, pasea en parques, jardines, visita museos, en la escuela se divierte viendo a los niños cómo se divierten, y ella realiza juegos infantiles, y canta canciones, disfruta a su familia y no realiza ejercicios pesados,

**14.- Necesidad de aprendizaje.**

Estudio una carrera de pedagogía, la actividad que realiza hasta ahora, lee libros educativos y de cómo ser mamá su sistema nervioso se encuentra en estado conciente, bien orientada, tiene recuerdos de cuando era pequeña.

### 2.3 JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES.

De acuerdo a las necesidades de dependencia e independencia que presentó la paciente con diagnóstico de amenaza de aborto durante su estancia hospitalaria se jerarquizan cada una de ellas.

- 1.- Necesidad de evitar peligros.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y tener buena postura.
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 7.- Necesidad de comunicarse.
- 8.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 9.- Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.
- 10.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
- 11.- Necesidad de aprendizaje.
- 12.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 13.- Necesidad de termorregulación.
- 14.- Necesidad de oxigenación.

## 2.4. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA EN LAS CATORCE NECESIDADES.

### 1.- Necesidad de evitar peligros.

Independiente (I)	
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	X

#### Diagnóstico de enfermería.

Alto riesgo de complicaciones por temor en relación con los efectos de hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

### 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.

Independiente (I)	
Parcialmente dependiente (PD)	X
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la nutrición relacionado con dificultad de ingerir alimento manifestado por presentar náuseas

### 3.- Necesidad de eliminación.

Independiente (I)	
Parcialmente dependiente (PD)	X
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Alteración de los patrones de eliminación relacionada con una ingesta abundante de líquidos relacionado con estreñimiento.

### 4.- Necesidad de moverse y tener buena postura.

Independiente (I)	
Parcialmente dependiente (PD)	X
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la movilidad física relacionado con reposo relativo que debe mantener la paciente por los efectos del embarazo.

### 5.- Necesidad de descanso y sueño.

Independiente (I)	
Parcialmente dependiente (PD)	X
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Alteración del patrón del sueño relacionada con preocupación por su familia manifestada por insomnio ocasional.

### 6.- Necesidad de higiene y protección de la piel.

Independiente (I)	
Parcialmente dependiente (PD)	X
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de la afección de la integridad cutánea en relación con embarazo de riesgo.

### 7.- Necesidad de comunicarse.

Independiente (I)	
Parcialmente dependiente (PD)	X
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Incapacidad para afrontar su padecimiento relacionado con la falta de conocimiento acerca de la falta de comunicación que quisiera tener con su familia manifestada por un poco de temor hacia lo desconocido de su Padecimiento.

### 8.- Necesidad de trabajar y realizarse.

Independiente (I)	X
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Necesidad cubierta eficazmente debido al trabajo que tiene ya que le gusta y eso la ayuda a cubrir necesidades económicas y sociales.

### 9.- Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.

Independiente (I)	X
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Esta necesidad la tiene cubierta ya que mantiene un auto cuidado para mantener su equilibrio y su bienestar.

### 10.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Independiente (I)	X
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Déficit de actividades recreativas en relación con reposo en cama que debe guardar por la hemorragia presente.

### 11.- Necesidad de aprendizaje.

Independiente (I)	X
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Déficit de información referente a su embarazo para su auto cuidado y así llevar un control más adecuado.

### 12.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Independiente (I)	X
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Necesidad cubierta debido al bienestar espiritual con la religión que ella practica.

### 13.- Necesidad de termorregulación.

Independiente (I)	X
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería

Termo regulación eficaz manteniendo esta necesidad cubierta ya que la paciente se adapta a la temperatura ambiental.

### 14.- Necesidad de oxigenación.

Independiente (I)	X
Parcialmente dependiente (PD)	
Dependiente (D)	

#### Diagnóstico de enfermería.

Respiración eficaz por lo que mantiene esta necesidad cubierta.

## 2.5 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LAS CATORCE NECESIDADES

### 2.5.1 -Necesidad de evitar peligros.

#### **Diagnóstico de Enfermería.**

Alto riesgo de complicaciones por temor en relación con los efectos de hemorragia durante el primer trimestre de embarazo.

#### **Objetivo**

Prevenir posibles daños durante el primer trimestre del embarazo identificar Los signos de hemorragia durante el primer trimestre.

#### **Acciones de Enfermería.**

Instruir a la paciente a acerca de las señales de peligro en el comienzo del embarazo. Registrar e informar acerca de los signos y síntomas de peligro observación y registro de los signos vitales.

Hemorragia vaginal

Edema en cara o miembros inferiores.

Cefalea intensa o continúa visión borrosa, dolor abdominal.

Vómitos persistentes, fiebre salida de líquido por vagina.

Si maneja utilizar el cinturón de seguridad, en casa estar atento a cualquier peligro que pueda surgir.

Informar si en su trabajo hay posible riesgo si no lo pone en situaciones difíciles informar si su vista es suficiente para permitirle ver un peligro en cualquier lugar, preguntar si es alérgica a algún medicamento que le produzca efectos no deseados, informar que el embarazo es uno de los periodos mas libres de ansiedad y espontáneos en las relaciones sexuales de la vida conyugal explicándole que el coito no presenta ninguna amenaza para el embarazo en circunstancias normales pero en el caso de existir amenaza de aborto en el primer trimestre se sugiere la suspensión temporal de la relación sexual y se deben tomar las medidas correspondientes para evitar un problema mayor .



Proteger al paciente contra accidentes de tipo de caídas tropiezos y golpes contra objetos duros.

### **Fundamentación científica**

Hay algunas complicaciones que se derivan del embarazo aunque constituyen riesgos graves para la salud y se considera las afecciones hemorrágicas del principio del embarazo la importancia que debe tener el personal de enfermería que este bien informada sobre los aspectos anatomofisiológicos y psicológicos que entran en juego en las relaciones conyugales en esta etapa, para dar información a la paciente un aborto es el final del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un estadio de viabilidad, existe amenaza de aborto cuando durante la primera etapa del embarazo hay manchado vaginal, posiblemente cólicos uterinos leves.

### **Evaluación**

La paciente conoce mas acerca de los peligros al inicio del embarazo y sabe lo que debe hacer se informa de las medidas de prevención en su hogar y en su trabajo.

### **2.5.2 Necesidad de nutrición e hidratación.**

#### **Diagnóstico de enfermería.**

Aliteración de la nutrición relacionada con dificultad de ingerir alimentos manifestados por presentar nauseas.

#### **Objetivos:**

Mantener la salud nutricional durante el embarazo y reducir las nauseas.

Recomendar la ingesta de alimentos en escasa cantidad y en quintas partes.

#### **Acciones de enfermería.**

Proporcionar en forma alterna agua, alimentos secos en pequeñas cantidades cuando la nausea desaparezca.

Ampliar poco a poco la dieta incluyendo líquidos claros, abundantes, alimentos suaves y alimentos sólidos.

Explicar procesos necesarios para el diagnóstico y tratamiento acerca de las preocupaciones que expresa del embarazo y el bienestar del feto.

Recomendar la ingesta de alimentos escasos en quintos para disminuir la náusea.

### **Fundamentación científica.**

Todas las células del organismo requieren de nutrientes que se deriven de la ingestión de alimentos que contengan carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, que provean lo necesario para la construcción, conservación y reparación de tejidos corporales. Una dieta óptima durante el embarazo favorecerá que el peso del niño al nacer sea el normal igualmente que en la madre, la producción de leche sea suficiente; ambas situaciones conducen a un mejor crecimiento y desarrollo del producto, la dieta normal del embarazo debe cubrir las necesidades de la madre u su hijo aunque esto no significa " comer por dos" significa que los nutrientes necesarios para el producto deben ser aportados por la dieta que ingiere la madre, los indispensables para cubrir las necesidades de la embarazada y su bebé.

Se darán en menores proporciones durante el primer trimestre.

### **Evaluación.**

La paciente responde en el inicio de consumo de alimentos y una dieta balanceada disminuye la náusea, la paciente tolera la dieta se informa de la nutrición de la embarazada.

### **2.5.3 Necesidad de eliminación.**

#### **Diagnóstico de enfermería**

Alteración de los patrones de eliminación relacionado con ingesta de líquidos, y abundante fibra manifestado por estreñimiento.

#### **Objetivos:**

Combinar un volumen adecuado de líquidos y un aumento de fibras en los Alimentos para favorecer la eliminación sin mayor esfuerzo.

### **Acciones de enfermería**

Instruir a la paciente para que aumente el consumo de líquidos, e injiera una dieta con abundante fibra.

Levantarse solo para ir al baño y volver a la cama inmediatamente.

Mantener lienzo azul para valorar característica y cantidad de sangrado,

Mantener un registro exacto de las pérdidas transvaginales y anotar en el registro.

Mantener un horario fijo para la eliminación. Instruir acerca de vaciar la vejiga durante el primer trimestre.

Explicar que esta situación es normal debido a la presión que ejerce el útero sobre la vejiga

### **Fundamentación científica.**

La valoración nutricional proporciona una base para normar la conducta a seguir corrigiendo la eliminación y una dieta equilibrada alta en contenido de fibra estimula el peristaltismo y permite una evacuación regular el aumento de líquidos favorece la eliminación.

Uno de los primeros síntomas que la mujer percibe al sospechar un embarazo es el deseo frecuente de ir a vaciar la vejiga y cesa alrededor del tercer mes para después instalarse en las últimas semanas del embarazo.

### **Evaluación**

La paciente ingiere líquidos abundantes e inicia una dieta con abundante fibra. al paciente puede satisfacer las necesidades de eliminación

### **2.5.4 Necesidad de moverse y tener una buena postura.**

#### **Diagnóstico de enfermería.**

Deterioro de la movilidad física relacionada con el reposo relativo que debe mantener por el sangrado transvaginal.

#### **Objetivo:**

Informar acerca de la interrupción de ejercicio debido al reposo que debe mantener,

### **Acciones de enfermería**

Indicar guardar reposo en cama y limitar la actividad física.

Efectuar cambios y respetar las ordenes medicas de cuando se esta restringiendo el movimiento fetal.

Evitar ejercicios bruscos y pesados.

Explicar el diagnostico del ultrasonido y los procedimientos prescritos. Educar a la paciente acerca de la fisiopatología de su afección y control.

Favorecer el estado normal del equilibrio y de adaptación postural.

Evitar cualquier trastorno diagnosticado que afecte el estado del paciente y producto.

Pedir a los familiares del paciente ayudar a las actividades de la vida diaria.

Mantener una nutrición adecuada durante el embarazo un aporte conveniente de proteínas y calcio durante los periodos del embarazo evitando el exceso de calorías.

Evaluaciones periódicas de salud.

Atención medica inmediata cuando haya alguna alteración Ej. Caidas o accidentes automovilísticos.

### **Fundamentación científica.**

Cuando existe una alteración se debe tener a la paciente quieta y en posición de decúbito lateral izquierdo para favorecer la oxigenación adecuada.

El cambio de posición de cualquier parte del cuerpo depende de una serie de impulsos nerviosos mediados por nervios eferentes que producen contracciones coordinadas de los músculos la sensación cinética determina la posición de todas las porciones del organismo y la clase de movimiento.

Los receptores cinéticos, que se localizan en las cápsulas y los ligamentos particulares, se estimulan mediante los movimientos de las articulaciones de fibras nerviosas para las sensaciones cinéticas transmiten rápidamente señales hasta la medula espinal y el cerebro y los huesos de la cadera constan de tres partes: el ileon el isquion y el pubis el coxal se articula anterior a la síntesis del pubis.

Durante el embarazo se produce cierta relajación de los ligamentos de la cintura pélvica

### **Evaluación.**

La paciente conoce los riesgos que puede tener y se mantiene en reposo

La paciente cumple con la limitación de las actividades

## **2.5.5 - Necesidad de descanso y sueño**

### **Diagnóstico de enfermería**

Alteración del patrón del sueño relacionado con preocupación familiar manifestado por insomnio ocasional.

### **Objetivo:**

Disminuir el insomnio a través de pláticas en relación a su familia.

### **Acciones de enfermería.**

Determinar los patrones de sueño mediante la observación y /o interacción de las personas significativas.

Favorecer actividades que permitan relajarse y escuchar música suave.

No tomar nada que contenga cafeína.

Proporcionar material de lectura, cintas de música rompe cabezas, crucigramas,

Baño con agua caliente.

Dormir en silencio y en cuarto oscuro. Tomar leche caliente.

### **Fundamentación científica.**

Ciertos padecimientos pueden aumentar las necesidades del sueño, durante los periodos de tensión no se satisfacen las necesidades de descanso y de sueño durante la vida.

Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo tanto físico como mental.

Las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo los requerimientos del sueño del sueño están influidos por la edad, el estado de la salud la tensión y el condicionamiento.

### **Evaluación.**

La paciente platica con sus familiares en relación con lo que le produce insomnio y colaboran con ella con pláticas amenas de lo que a ella le agrada y tiene una mejora de sueño.

## **2.5.6 Necesidad de higiene y protección de la piel.**

### **Diagnóstico de Enfermería**

Riesgo de afección de la integridad cutánea en relación con embarazo de riesgo.

### **Objetivo**

Preservación de la integridad cutánea.

### **Acciones de enfermería**

Cambios frecuentes de posición. Ayudar a la higiene oral y ofrecer lavado de boca con frecuencia.

Mantener la higiene personal con jabón y evitar la humedad excesiva.

Mantener la ropa de cama limpia y estirada para obtener confort.

Mantener una buena ventilación en la habitación y reducir los malos olores

Lavado de manos antes y después de ir al baño

Mantener uñas cortas.

Aplicación de emolientes según sea necesario.

Ingesta de líquidos adecuados.

Evitar aplicación de productos agresivos o irritantes.

Aconsejar que la primera forma de prevención consiste en una alimentación correcta y equilibrada para evitar un aumento excesivo de peso las estrías aparecen en mayor facilidad cuando se engorda demasiado.

Se pueden utilizar las cremas antiestrias que se aplican mediante un masaje superficial y ligero partiendo de la circunferencia de la base del abdomen y subiendo concéntrica mente hasta el ombligo. O bien con un masaje en forma de pellizco.

### **Fundamentación científica.**

La piel y las mucosas sanas e integras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos la piel sana e intacta previene la pérdida de agua y es impermeable ala mayor parte de los microorganismos es resistente al frío o calor y radiaciones. La piel esta formada por dos capas la externa (epidermis) y la profunda (dermis) sus funciones son de barrera.

El baño diario estimula la circulación, refresca y elimina la suciedad corporal de la piel de la embarazada y en ocasiones provoca temor por la aparición de estrías o arrugas en la piel ya que son sumamente antiesteticas.existe una predisposición a este inconveniente a causa de la rotura de las fibras elásticas de la dermis cutánea la mujer de piel elástica supera con facilidad la distensión del periodo gravidito volviendo a tener una piel perfecta.

### **Evaluación**

- La paciente cambia de posición frecuente.
- La boca de la paciente permanece libre de irritación.
- La paciente mantiene buena higiene personal.
- La piel de la paciente mantiene su integridad

## **2.5.7 -Necesidad de comunicarse**

### **Diagnóstico de Enfermería**

Incapacidad para afrontar su padecimiento relacionado a la falta de conocimiento acerca de la falta de la comunicación que quisiera tener con su familia manifestando un poco de temor hacia lo desconocido en su estado de salud.

### **Objetivo**

Lograr una buena comunicación intrafamiliar.

### **Acciones de enfermería**

Fomentar un espacio familiar para expresar sus pensamientos e ideas.

En la importancia de comunicarse informar a la paciente acerca de amenaza de aborto y su estado físico.

Explicar la abstinencia de las relaciones sexuales porque desencadena una amenaza de aborto. Mantener una buena interacción y comunicación de ella y su familia. Escribir a sus familiares y comunicar el estado de salud a través de tarjetas o cartas.

### **Fundamentación científica**

El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otras personas y con su familia la comunicación con las personas se lleva a cabo de varias maneras cada cultura proporciona un medio simbólico de comunicación entre los individuos y los grupos sociales.

El semen produce sustancias que pueden provocar que el cuello se dilate.

### **Evaluación.**

Mejoría de la capacidad de comunicarse con la familia sobre la estancia hospitalaria y la familia tiene una mejor comunicación con ella.



## **2.5.8 Necesidad de trabajar y realizarse.**

### **Diagnóstico de enfermería.**

Necesidad cubierta eficazmente debido al trabajo que tiene ya que le gusta, y eso le ayuda a cubrir necesidades económicas y sociales.

### **Objetivo**

Continuar cubriendo su necesidad de trabajar y realizarse.

### **Acciones de enfermería.**

Informar si el estado de salud le impide hacer lo que le gusta.

Hablar acerca de los sentimientos frente a las limitaciones que le impone su estado.

Si forma parte de asociaciones culturales y profesionales o deportivas.

Preguntar si se da tiempo para pensar en sí misma y en su evolución personal.

Indicar que puede realizar otras actividades mientras se encuentra en reposo.

Hace sentir lo suficientemente útil para seguir siendo satisfecha

### **Fundamentación científica.**

El desarrollo normal de los procesos intelectuales, la importancia de las evaluaciones periódicas de la salud durante toda la vida.

La importancia de obtener una atención médica adecuada cuando existan anomalías en los procesos intelectuales.

### **Evaluación.**

La paciente se siente realizada por tener un trabajo y llevar un hogar en el que es feliz con su familia se siente satisfecho.

## **2.5.9 - Necesidad del uso de prendas de vestir adecuadas**

### **Diagnóstico de Enfermería**

Esta necesidad está cubierta ya que la paciente mantiene el autocuidado para mantener el equilibrio y el bienestar del uso de prendas de vestir.

## **Objetivo**

Mantener el cuidado de seguir cubriendo sus necesidades de vestir

### **Acciones de enfermería**

Motivar a la paciente para que continúe manteniendo un bienestar óptimo y a que siga usando su ropa actual hasta que ella lo crea conveniente empezar a

Usar prendas de vestir holgadas y juveniles como a ella le gusta.

Utilizar zapatos de piel que no estén apretados, y que no se derrapen y que tengan tacón bajo que la familia le ayude a elegir sus prendas de vestir de embarazo y poder elegir los colores de su preferencia para ella y su familia utilizar medias elásticas para ayudar la circulación sanguínea.

### **Fundamentación científica.**

El equilibrio psicológico requiere de una integración adecuada de todos los aspectos de los procesos psicológicos del individuo. Los procesos de la integración generalmente se ven como una función del ego o de uno mismo tales términos como integridad del ego o de la integridad de la personalidad. Frecuentemente se utilizan para denotar los procesos psicológicos e integradores del individuo.

### **Evaluación.**

La paciente se siente segura del uso de sus prendas de vestir y mantiene un bienestar adecuado.

## **2.5.10 Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

### **Diagnóstico de enfermera.**

Déficit de actividades recreativas en relación con reposo en cama que debe guardar por la hemorragia presente.

## **Objetivo**

Fomentar actividades ocupacionales del paciente sin esfuerzo que la perjudique.

### **Acciones de enfermería.**

Mantener una buena relación de ella y su familia.

Invitar a los miembros de la familia a que participen y disfruten juntos de juegos de mesa.

Identificar cuales son las actividades mas agradables de ella y de su familia.

Fomentar mejor interacción entre ella y su familia enseñas estrategias.

Reconocer los sentimientos de aburrimiento y examinar los métodos para encontrar actividades recreativas.

Estimular su motivación, demostrando interés y fomentar la expresión de sentimientos y experiencias, para que puedan realizar alguna actividad ocupativa y recreativa.

### **Fundamentación.**

El proceso de aprender, recordar y pensar, los nervios sensoriales pueden desempeñar solo un papel incidental generalizado.

La personalidad es el resultado final de las reacciones típicas del individuo producto de sus motivaciones, emociones, tonos de sensibilidad, actividades y modo de pensar.

### **Evaluación.**

De manera favorable acepta leer y tejer y ver un poco programas educativos de televisión así como otras actividades que pueda realizar poco a poco.

## **2.5.11 Necesidad de aprendizaje.**

### **Diagnóstico de enfermería.**

Déficit de información referente a su embarazo para su auto cuidado, y así llevar un control adecuado.

### **Objetivo**

Conocer que es la amenaza de aborto y llevar un control de su embarazo.

### **Acciones de enfermería.**

Dar platica informativa acerca de su embarazo si no se le ha hablado, con riesgo de amenaza de aborto.

Invitar a los familiares a participar escuchando las pláticas informativas sobre el embarazo.

Enseñar a reducir o eliminar los factores que causen riesgo.

Orientarla sobre la alimentación que debe indicarle, que es lo que no se le permite por las alteraciones que le puedan producir algún problema.

Orientar a la paciente a obtener, conservar o recuperar la mejor función posible.

Indicar algo acerca de lectura sobre el bebé.

Informar acerca del crecimiento y desarrollo del bebé.

Apoyar a crear conciencia en la pareja, de la importancia de llevar un control médico periódico y regular durante todo el embarazo.

Acudir a sus consultas.

De control y proporcionar todos los elementos que se requieran para satisfacer sus necesidades que el embarazo en si imponga.

Es por ello que desde este momento, resulta indispensable educar sobre los aspectos de crecimiento y desarrollo de su bebé.

### **Fundamentación científica.**

El conocimiento de lo que pasa en el organismo ayuda a controlar el embarazo y sus complicaciones.

El valorar su propia salud va a depender del grado en que se cuide así misma. UN individuo con nivel de más alto tiende de utilizar de manera mas adecuada. El material comunicativo escrito. La comunicación a través del lenguaje incluye tanto como elementos sensitivos, como motores, en el uso y el entendimiento que se utilizan para la expresión de las ideas.

Aprender sobre el cuidado que debe tener ella para su bebe.

### **Evaluación.**

La paciente ha aceptado que va a leer todo lo relacionado acerca del cuidado que debe tener ella para el desarrollo de su bebe y para los cuidados que debe conocer.

### **2.5.12 Necesidad de vivir según sus creencias.**

#### **Diagnóstico de enfermería**

Necesidad cubierta debido al bienestar espiritual con la religión con la que ella practica.

#### **Objetivo**

Continuar cubriendo sus necesidades de creencias.

#### **Acciones de enfermería**

Apoyarle según sus creencias y su religión.

Respetar sus creencias y preguntar que le agradaría que le preguntaran sobre su religión si tiene participaciones algún acto religioso o no.

Evitar el aumento de la tensión o la exageración de la emoción.

Proporcionar apoyo emocional cuando la solución de los problemas es inevitable.

Permitir un contacto comunicativo con otras personas y la oportunidad en la planeación de su propio cuidado.

Aumentar el apoyo emocional cuando la enfermedad y la hospitalización aumentan las demandas en la persona para que esta se adapte a nuevas ideas, situaciones o circunstancias.

Ayudar a lograr sucesos agradables con nuevas ideas situaciones y comportamientos.

#### **Evaluación**

La paciente se siente bien con su religión y le gusta que le respeten tal. Acude a reuniones religiosas de vez en cuando con su familia.

### **2.5.13 Necesidad de termorregulación**

#### **Diagnóstico de enfermería**

Termorregulación eficaz manteniendo esta necesidad cubierta ya que la paciente se adapta fácilmente a la temperatura ambiental.

**Objetivos:**

Cubrir sus necesidad de termorregulación a través de cubrirse o descubrirse dependiendo de la situación.

**Acciones de enfermería**

Fomentar una conducta de autocuidado a través de la enseñanza informativa. motivar a la paciente para que continúe manteniendo un bienestar óptimo, continuar con los cuidados necesarios para satisfacer los requisitos existentes.

Enseñar a mantener la protección contra los extremos de la temperatura ambiental. Conocer los métodos que se pueden utilizar en casa para disminuir las temperaturas muy altas.

Acudir a la atención médica inmediata cuando haya fiebre o una temperatura muy baja

Vigilar estrechamente los signos vitales y reportarlos adecuadamente.

**Fundamentación científica.**

La teoría del auto cuidado es una conducta aprendida que los individuos inician por sí mismos para conservar la vida, la salud y el bienestar.

Las señales que mandan los receptores de la piel para el frío o el calor son capaces de modificar los patrones termostáticos del centro regulador del calor de manera que la regulación del calor pueda iniciarse a una temperatura un poco mayor o menor de la necesaria para que se estimulen las neuronas sensitivas para el calor o el frío.

**Evaluación**

La paciente ha mostrado gran interés en conocer acerca de su auto cuidado para mantener su estado de salud.

**2.5.14 Necesidad de oxigenación.****Diagnóstico de enfermería.**

Respiración eficaz por lo que mantiene esta necesidad cubierta.

**Objetivos:**

Lograr que la paciente permanezca en reposo relativo para mejorar su estado de salud.

**Acciones de enfermería:**

Mantener a la paciente en decúbito lateral izquierdo para favorecer la oxigenación.

Registrar la frecuencia respiratoria.

Orientación acerca de ejercicios respiratorios.

Orientar acerca de si practica deportes al aire libre.

Preguntar acerca de si algún miembro de la familia fuma.

La casa e la que vive tiene buena ventilación.

Orientar acerca de si el paciente se preocupa al tener problemas de respiración.

**Fundamentación científica.**

El feto depende totalmente de la madre para la obtención del oxígeno la eliminación de dióxido de carbono durante la vida intrauterina, y los pulmones fetales presentan colapso o están parcialmente llenos de líquido amniótico que se absorbe en el momento del vaciamiento, los ejercicios de respiración mejoran la circulación con la postura adecuada ya que todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno.

La respiración voluntaria es fácilmente controlada por el individuo.

**Evaluación.**

La paciente mantiene las vías aéreas despejadas y la paciente aprecia el apoyo que recibe de la enfermera.

La paciente hace preguntas respecto al procedimiento que se le realiza.

### 3. PLAN DE ALTA

La amenaza de aborto enfrenta al paciente y a su familia a diversos problemas emocionales y sociales, todos se angustian, pero mucho más la paciente cuando padece algún tipo de incapacidad debido a las condiciones en que se encuentra más si padece algún tipo de incapacidad debido a las condiciones en que se encuentra, si la paciente no cuenta con información suficiente para comprender el proceso del padecimiento.

La amenaza de aborto se acompaña de un conjunto de manifestaciones clínicas que reflejan alteraciones fisiológicas, por tal motivo se establece el presente plan de alta para que la paciente y su familia lo lleven a la práctica en su domicilio.

#### **Valoración del cuidado prenatal.**

Aunque se considera que el embarazo es un proceso normal se producen diversas adaptaciones en su curso que impiden determinar los límites entre salud y enfermedad. El bienestar de la madre y el hijo por nacer mejora cuando el estado materno es saludable antes de la concepción, y recibe supervisión en las etapas tempranas en todo el curso del embarazo los cuidados prenatales

Regulares son de importancia para lograr buenos resultados perinatales.

- mantener reposo relativo
- acudir a sus citas prenatales cada mes o cuando se presenten algunos problemas con respecto a sus necesidades.
- Verificar peso en cada visita médica.
- Toma de presión arterial buscando alteraciones cardiovasculares o renales.
- Recibir la luz del sol.
- Actividades recreativas con la familia.
- Orientaciones a aprender a ordenar sus periodos de trabajo y descanso.
- Sueño y reposo se recomienda 7 a 9 horas de sueño diariamente.
- El baño deberá ser diario para estimular la circulación refrescar y eliminar la suciedad corporal.



- Eliminar la orina cada vez que se sienta deseo ya que esto presenta presión sobre la vejiga.
- Preparar alimentos en escasa cantidad de grasa o suprimirla por completo
- Eliminar los dulces y refrescos gaseosos en su dieta.
- Sustituir la leche entera por leche descremada.
- Ingerir verduras frescas.
- Reducir la ingesta de sal y azúcar.
- Vigilar diuresis.
- Dieta fría o caliente no condimentada y sin grasa ingerir comidas escasas y frecuentes ricas en carbohidratos acompañadas de complejo B
- Dieta seca en quintos.
- Cuidado dental completo actividad física y descanso.
- Respirar aire fresco.
- En el primer trimestre si se presenta sangrado se sugiere suspender las relaciones sexuales para evitar mayores problemas.

## CONCLUSIONES.

Este proceso de atención de enfermería se desarrollo de acuerdo con lo planeado observando una respuesta favorable por parte de la paciente respecto a su embarazo ha seguido llevando el control y acudiendo a sus citas en la unidad de Nezahualcoyotl.

Como integrantes multidisciplinario del equipo de salud, somos las enfermeras las principales responsables de detectar los problemas para darles una solución adecuada. Es muy grato para mi, haber elaborado este proceso ya que esto me permite realizar una valoración y detectar por medio de esta, las necesidades de la paciente que acude a solicitar un servicio.

Un profesionista que sirve a una mujer sobre todo en procesos tan íntimos y de enorme valor para su existencia, como es el caso de la maternidad, debe hacerlo con actitud comprensiva de sus circunstancias, con profundo respeto a su dignidad y a sus derechos fundamentales pero también con especial reconocimiento de su esfuerzo por una vida plena que le permita disfrutar la experiencia del nacimiento de su hijo.

Para una enfermera, la mujer, su paciente, no es un solo cuerpo con órganos para la reproducción y con un feto en desarrollo, una mujer es vida, tradición, historia y cultura que merece lo mejor de nuestro servicio, de nuestra capacidad humanística y de la disposición de ayuda que caracteriza a nuestra profesión en el mundo, al analizar el proceso atención de enfermería.

Al realizar el cuidado integral de un ser humano y es tan complejo que no solo basta de los conocimientos o intención de hacerlo; se requiere de muchas cualidades, tener conocimientos, intuición, creatividad, habilidad, vocación y mucha paciencia para abordar al individuo desde su enfoque biopsicosocial y así poder suplir, ayudar o asistir a las necesidades básicas de una persona sana o enferma.

Como mujer y enfermera me siento satisfecha con mi labor, ya que me permite apoyar a las pacientes que llegan a esa área, por tanto, considero que la enfermera debe tener capacitación suficiente y poseer una gran responsabilidad para el desarrollo de sus actividades, pues el paciente requiere de mayor atención

y cuidado; lo que permite, favorecer su integridad y bienestar para mantener y respetar su individualidad.

## SUGERENCIAS

Uno de los propósitos fundamentales del estudiante de la licenciatura en enfermería y obstetricia en el área hospitalaria es formar profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia para que, vinculados a las necesidades participen con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad.

Los egresados de la licenciatura en enfermería y obstetricia se distinguen por su desempeño profesional que contribuye a soluciones de los problemas

Para cumplir con esta responsabilidad es necesario desarrollar habilidades intelectuales como el análisis, la síntesis el pensamiento reflexivo, la capacidad de resolver problemas para la toma de decisiones fundamentadas en la planeación del cuidado así como la búsqueda y manejo de información a través de diferentes medios; así como actitudes para establecer relaciones personales favorables, sustentadas en la comprensión y respeto por el otro, así como la disposición para trabajar en equipo de manera responsable, por tal motivo sugiero.

-Motivar al personal de enfermería que se capacite cada vez más y así proporcionar un cuidado eficaz a los pacientes.

-Invitar al personal participar en los programas de mejora de calidad de atención del derecho habiente para el mejoramiento de la salud.

- Promover la aplicación del proceso de atención de enfermería al personal acerca del cuidado integral del paciente en el área hospitalaria.

- La enfermería es la base fundamental para una mejor atención del paciente y se requiere de un cambio de actitud positiva, para comprender el arte y aprender habilidades de la enseñanza y tener suficiente aptitud física y mental.

## BIBLIOGRAFIA

Brunner y Sudarth, Manual de la Enfermera, 4ª Edición, Editorial Interamericana. 1991 México. Págs. 897

Carpenito Linda Juall, Planes de cuidados y diagnósticos de enfermería 3ª Edición, Editorial Interamericana, España 1998, Págs.638

Carpenito Linda Juall, Planes de Cuidados y Documentos en Enfermería 2ª Edición, Editorial Interamericana, España 1994 Págs. 753

Colliere Marie Francoise Promover la vida de la Práctica de los Mejores Cuidadores a los Cuidados de Enfermería. Editorial Interamericana, Págs. 392

Fernández Ferrin Carmen, El Proceso de Atención de Enfermería 1ª edición, Editorial Masson-Salvat, Págs. 37

Griffith W: Janet, Paula J. Cristenjen, Aplicación de Teorías Guías y Modelos, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México DF. Santa fe Bogota 1993, Págs. 29

Madelyn T. Nordmark y Anne W. Rohweder Bases científicas de la enfermería 8ª Edición. Científica 1993 Págs. 160-168

Marriner Tomey Ann, Modelos y Teorías de Enfermería, 4ª Edición, Editorial Harcourt-Brace, España 1998 Pág. 11

Mondragón Casto, Héctor Obstetricia Básica Ilustrada- 4 a Ed México Trillas, 1991 Págs.300-310.

Nordmark-Rohweder, Bases científicas de la Enfermería 2ª Edición Editorial la prensa Médica Mexicana, 1993, Págs. 712

Pérez Palacios, Gregorio Maternidad saludable y sin Riesgos Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva., México 2000 Págs. 114

Planeuf-Margot. La Planificación de los Cuidados Enfermeros, 1ª Edición, Editorial Interamericana, México 1999, Págs. 22

Ramírez Alonso Félix, Obstetricia para la Enfermera Profesional, Editorial Manual Moderno 2002. Págs. 552.

Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería 8ª edición, editorial el Manual moderno. México DF. 1991. Págs. 556

Saunders Lukman, Cuidados de enfermería. Vol. II edit.Mc Graw Hill, Interamericana Impreso en México, D F. 2000, Págs. 213

Sharon J. Reeder, Leonide L. Martin y Deborah Koniak Enfermería Materno Infantil 17ª Edición M c CRAW –HILL Interamericana 1992.Págs.270

Ugalde Apaategui Mercedes, Diagnósticos de Enfermería Taxonomía Nanda, Masson S.A. Barcelona, 1995.Págs. 85

# **ANEXOS**

## Instrumento de Valoración de las 14

### Necesidades Básicas

Fuente: Documento manejado en el seminario de Proceso de atención de enfermería ENEO UNAM 2004

Ficha de identificación .

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: \_\_\_\_\_

### Valoración de las Necesidades Humanas

1. Necesidades básicas de Oxigenación, Nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación:

#### a) oxigenación

Subjetivo:

Diseña debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva seca : \_\_\_\_\_

Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_ Fumador \_\_\_\_\_

Desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día/varia 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: \_\_\_\_\_

#### b) Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual tipo: \_\_\_\_\_ Numero de comidas diarias: \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria/alergias: \_\_\_\_\_

Problemas de masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_

Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_

Características de uñas/cabello: \_\_\_\_\_

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

#### c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ Características de las heces, \_\_\_\_\_

Orina y menstruación: \_\_\_\_\_

Historias 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: \_\_\_\_\_

Palpitación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

---

#### d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio/tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiente que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones de entorno físico \_\_\_\_\_

---

Otros: \_\_\_\_\_

---

2. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, de descanso y sueño, de uso de prendas de vestir adecuadas, de higiene y protección de la piel y evitar peligros.

a) moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_

Postura: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulación: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_

Ayudas: \_\_\_\_\_

¿Padece 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: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

d).-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 mano antes y después de comer: \_\_\_\_\_

Después de eliminar: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dermicas, que tipo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Evitar peligros.

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Como reaccionan ante una situación de pertenencia: \_\_\_\_\_

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: \_\_\_\_\_

En el hogar: \_\_\_\_\_

En el trabajo: \_\_\_\_\_

¿Realizar 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: comunicarse, de vivir según sus creencias y valores, de trabajar y realizarse, de jugar y participar en actividades recreativas y de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_

Otras personas que puedan ayudarlo: \_\_\_\_\_

Rol de la estructura familiar: \_\_\_\_\_

Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_

Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_

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

Otros: \_\_\_\_\_

b) Vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencia religiosa: \_\_\_\_\_

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: \_\_\_\_\_

Principales valores en la familia: \_\_\_\_\_

Principales valores en la familia: \_\_\_\_\_

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (Grupo social, religioso): \_\_\_\_\_

¿Permite el contacto físico?: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objetivo indicativo de determinados valores o creencia?: \_\_\_\_\_

c) Trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Riesgos: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con su trabajo?: \_\_\_\_\_

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

¿Está satisfecha con el rol familiar que juega?: \_\_\_\_\_

Objetivo:

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

eufórico:

\_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. 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?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿A 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_

Órgano de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional/ansiedad/dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_



### Conclusión Diagnostica de Enfermería

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnostico de enfermería
1. Oxigenación.	I _____ PD _____ D _____	
2. Nutrición/Hidratación.	I _____ PD _____ D _____	
3. Eliminación.	I _____ PD _____ D _____	
4. Moverse y mantener una Buena postura.	I _____ PD _____ D _____	
5. Descanso y sueño.	I _____ PD _____ D _____	
6. Usar prendas de vestir Adecuadas.	I _____ PD _____ D _____	
7. Termorregulación.	I _____ PD _____ D _____	
8. Higiene y protección de la piel.	I _____ PD _____ D _____	
9. Evitar peligros	I _____ PD _____ D _____	
10. Comunicarse	I _____ PD _____ D _____	
11. Vivir según sus creencias y valores	I _____ PD _____ D _____	
12. Trabajar y realizarse.	I _____ PD _____ D _____	
13. Jugar y participar en Actividades recreativas.	I _____ PD _____ D _____	
14. Aprendizaje.	I _____ PD _____ D _____	