



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE CON ABORTO ESPONTANEO INCOMPLETO CON
BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

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

MAGDALENA CALDERON ARROYO

No. De cuenta 40611581-6

ASESOR ACADEMICO

Lic. María Magdalena Mata Cortes

MEXICO. D. F.

OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE	PAGINAS
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	3
1. MARCO TEÓRICO	4
1.1. Definición de enfermería.....	4
1.2. El cuidado enfermero.....	4
1.3. Proceso de Atención de Enfermería.....	5
1.3.1. Antecedentes del proceso enfermero.....	5
1.3.2. Definición.....	6
1.3.3. Ventajas.....	8
1.4. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	9
1.4.1. Valoración.....	9
1.4.2. Diagnostico.....	14
1.4.3. Planeación.....	19
1.4.3.1. Resultados esperados NOC.....	24
1.4.4. Ejecución.....	25
1.4.4.1. Intervenciones de enfermería NIC.....	27
1.4.5. Evaluación.....	28
1.5. Generalidades del modelo de Virginia Henderson.....	30
1.5.1. Modelo de Virginia Henderson.....	30
1.5.2. Elementos del paradigma de Virginia Henderson.....	35
1.5.3. Meta paradigma de enfermería.....	39
2 METODOLOGIA	40
3 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	41
3.1. Presentación del caso.....	41

3.2. Valoración.....	42
3.3. Conclusión diagnóstica de enfermería.....	52
3.4. Diagnósticos de enfermería.....	54
3.5. Planeación.....	56
3.6. Ejecución.....	59
3.7. Evaluación.....	78
CONCLUSIONES.....	79
SUGERENCIAS.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	81
GLOSARIO.....	83
ANEXOS.....	85
Instrumento metodológico.....	86
Fisiopatología.....	94
Definición.....	95
Etiología.....	95
Sintomatología.....	97
Tratamiento.....	98

INTRODUCCION

El "Proceso Enfermero" es un método científico que se utiliza para identificar problemas o alteraciones, a través del cual la enfermera se interesa por el cuidado de la persona y constituir así una estructura para que pueda cubrir las necesidades individuales de la persona, familia y/o comunidad, tomando en cuenta que el Proceso de Enfermería debe realizarse desde una perspectiva holística, valorando todas las necesidades del individuo y su entorno, sus necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

En el Proceso Atención de Enfermería, se describe cada una de sus etapas que lo conforman en base en el modelo de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas así como su conceptualización y el Meta paradigma de enfermería según Virginia Henderson.

El presente proceso se realizó con una persona que cursa un embarazo de 16 SDG (semanas de gestación) con aborto incompleto, se basó en el modelo de Virginia Henderson. La cual conceptualiza a la persona como un ser humano único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer sus 14 necesidades básicas.

En la metodología se describe la forma en que se desarrolla dicho proceso. Y se mencionan las taxonomías utilizadas para la realización de este. Eligiendo una persona con urgencia obstétrica que fue diagnosticada con un aborto incompleto.

En la aplicación del proceso enfermero se presenta el caso realizando la valoración enfermera, identificando los problemas y/o manifestaciones alteradas de cada necesidad. Se construyeron los diagnósticos enfermeros, así como las intervenciones de enfermería y finalmente se realiza la evaluación para determinar los objetivos alcanzados y los resultados obtenidos.

JUSTIFICACION

El presente Proceso Atención de Enfermería se realizó con la finalidad de poder ayudar a la paciente ginecológica, para que tenga una mejor visualización de su estado. Y la importancia del mantenimiento efectivo de su salud, así como proporcionarle una mejor calidad de los cuidados enfermeros durante su estancia hospitalaria.

De tal forma se expone lo que es el trabajo de la enfermería y el rol tan importante que desempeña dentro del ámbito laboral y el significado de trabajar con personas con urgencia obstétrica.

OBJETIVO GENERAL:

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería, a una mujer con aborto incompleto con base en el modelo de Virginia Henderson, identificando las 14 necesidades básicas, para proporcionar cuidados de enfermería de calidad y calidez para asegurar el bienestar físico y emocional de la persona.

Objetivos específicos:

- Identificar las necesidades alteradas.
- Determinar los diagnósticos de enfermería.
- Proporcionar intervenciones y cuidado integral a la persona mejorando su calidad y calidez en la atención de enfermería.
- Realizar un plan de cuidados de enfermería que responda satisfactoriamente a las necesidades de la persona.

1. MARCO TEORICO

1.1 Definición de enfermería.

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.¹

1.2 El cuidado enfermero

Son las acciones de enfermería en la conservación o la recuperación de la salud es. Asistir al paciente y a su familia en la satisfacción de las necesidades en que muestran dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad desarrollando un plan de acción según las necesidades en que se detecta la dependencia y las causas de esta (falta de fuerza, voluntad o conocimiento).

¹ **García González Ma. de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.3
Edición 2004.

1.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.3.1. Antecedentes del proceso enfermero

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatible con la naturaleza evolutiva de la profesión Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson en (1959), Orlando en (1961) y Wiedenbach en (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actuales. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases, valoración, planificación, ejecución y evaluación, a mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinal (1976) añadieron la fase diagnóstica dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la asociación americana de enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad a la atención al individuo, familia y comunidad.²

1.3.2. Definición

Según Rosalinda Alfaro (1993). Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados. Que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales en el término paciente se incluye también a la familia o a la comunidad. Consta de cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación³.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el Proceso Atención Enfermero configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad de igual forma identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad,

³ **García González Ma. de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.21
Edición 2004.

establecer planes de cuidados individuales, familiares y comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

Características

Es un método: Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o) que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, los que posibilitan la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático: Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación).

Es humanista: Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) Es intencionado: Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo Al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades) el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

Es dinámico: Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible: Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo: Por requerir de la interrelación humano.⁴

⁴ **Rodríguez Sánchez Bertha Alicia**
Proceso enfermero p.29
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México.

1.3.3. ventajas.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.⁵

Para la persona son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

⁵ www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
Proceso de atención de enfermería
3 / 07 /09

1.4. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

1.4.1. Valoración.

Esta primera fase del proceso de enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: Una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente y a los temas y diagnósticos de enfermería. Esta etapa es aplicable a todas las personas, familias y comunidades en los que el profesional de enfermería proporciona cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción.

Se inicia con la obtención de datos del paciente, los cuales, una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería generalmente la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física.

- **La observación:** Es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto): Con esta se llega a un diagnóstico presuntivo o certero, y se puede iniciar la planeación del proceso de enfermería. Esta herramienta debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente (características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambiente) que lo rodea.
- **La entrevista:** Al igual que la observación debe ser continua en la relación enfermera- paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; Requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente , la entrevista puede ser.⁶

⁶ Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva
Fundamentos de Enfermería p.237,
3ª edición

- **Formal:** A través de un interrogatorio dirigido para desarrollar una empatía entre ambos, y obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados personalizados.

- **Informal:** Durante la realización de cuidados en las que con frecuencia el paciente expresa sentimientos y problemas mismos que deben utilizarse para complementar la entrevista formal.

- **El examen clínico:** Conduce a una observación mas precisa de los problemas que presenta el paciente, la cual se logra por la exploración de regiones desde la cabeza a los pies y por aparatos y sistemas, según sea el caso para ratificar e investigar alteraciones o problemas funcionales y de comportamiento significativos, y se complementa con los resultados de los exámenes gráficos y químicos necesarios.⁷

En la actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en determinar en profundidad 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 actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Los enfermeros utilizan cuatro técnicas específicas. Inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o de los compartimientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento 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, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

⁷ Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva
Fundamentos de Enfermería p.238
3ª edición

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

- **Percusión:** Implica el 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 percute músculos o huesos. Mates: Aparecen sobre el hígado y el bazo. Híper sonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: Se encuentran 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 puede escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

- **Fuentes de información:**

Directa: (paciente) el paciente es quien conoce su situación, vive sus problemas, por tanto es quien directamente puede dar información.

Indirecta: Se refiere a familiares, amistades o personas que conocen o han presenciado situaciones o problemas relacionados con el paciente.

El expediente clínico: Es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondiente a sus intervenciones.⁸

⁸ Ibídem Rosales Barrera p.238

- **Validación de datos :**

La fase de valoración debe tener una base sólida de conocimientos relacionados con: Las ciencias médicas y de comportamiento, la anatomía y fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología, sociología y ética. Estos conocimientos ayudaran para hacer una valoración sobre el estado fisiológico, psicológico, socio-cultural y espiritual del paciente el cual será la base para identificar los cambios en valoraciones posteriores.

En la recogida de los datos es muy importante discriminar entre datos objetivos y datos subjetivos.

- Datos objetivos: Son los que se pueden observar y /o medir por ejemplo las cifras de temperatura. Se obtienen principalmente por medio del examen físico.
- Datos subjetivos: Son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones. Por ejemplo, el dolor. Se obtiene mediante el interrogatorio. Los datos objetivos y subjetivos se complementan y clarifican mutuamente.⁹

⁹ **García González Ma. de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.28
Edición 2004.

Documentación y registro de la valoración

Es el último paso de la etapa de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionando mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se trata de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.¹⁰

Para la correcta anotación de registro de datos en la documentación deberán contener las siguientes características:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, "normal", - "regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente, se usaran solo las abreviaturas de uso común.

¹⁰ **Rodríguez Sánchez Bertha Alicia**
Proceso enfermero p46, 47, 48
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México.

1.4.2. Diagnóstico

Es la segunda fase del "Proceso Enfermero", que inicia al concluir la valoración y que construye una función compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia o comunidad; así como de los recursos existentes (capacidades).¹¹

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. El diagnóstico de enfermería real, se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

El diagnóstico de enfermería se basa en las respuestas del paciente, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espiritual y sociales. Todas las situaciones que los enfermeros pueden atender de forma independiente.

Un diagnóstico de enfermería se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente. Estas funciones son: prevención, educación para la salud, cambio de actitudes hacia la salud o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cabal cumplimiento. El diagnóstico de enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar y debe de ser validado por el paciente cuando esto sea posible.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en: Reales potenciales y posibles

Diagnóstico real: Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.

Diagnóstico potencial: Es el que no esta presente en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

¹¹ **Rodríguez Sánchez Bertha Alicia**
Proceso enfermero p.51
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México.

Diagnóstico posible: Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la posibilidad de que este presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

Pasos para elaborar un diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería se elabora en cuatro pasos todos muy importantes siendo los siguientes:

- Análisis de datos.
- Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería.
- Identificación de los problemas interdependientes.
- Identificación de las capacidades.

Análisis de datos: Al realizar el análisis de datos es importante tener presentes las características o cifras consideradas como normales tanto a lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del paciente y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto ayuda a identificar si esta presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud (signos de dependencia).

Identificación de problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería

- Se estudia la información que se tiene y se unen los datos que tengan relación entre si por ejemplo. Bajo peso, periodos diarreicos frecuentes, ingesta calórica baja.
- Se identifican signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre los mismos hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- Nombre el problema utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta la persona.¹²

¹² **García González Ma. de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.32,33
Edición 2004.

Identificación de problemas interdependientes:

La utilidad de identificar los problemas interdependientes esta en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas que a la enfermera le corresponde identificar son potenciales. Se sugiere que los problemas interdependientes no se escriban en el plan de cuidados de enfermería.¹³

Identificación de capacidades o datos de independencia:

- Pregunte al paciente y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos o costumbres saludables.
- Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- Los recursos de la comunidad que utiliza o puede utilizar.
- Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y esta dispuesto a cooperar en lo necesario.

Componentes de los diagnósticos:

Cada una de las categorías diagnosticas aceptadas por la (NANDA) consta de tres componentes: Titulo, características definitorias y factores etiológicos o relacionado, los tres componentes se describen de la siguiente forma.

- **Título (o etiqueta):** Descripción breve del problema de salud consta de dos partes unidas por la frase relacionado con el problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados que corresponde a la etapa de planificación.
- **Características definitorias:** Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

¹³ Ibídem García González Ma. de Jesús p.35

- **Factores etiológicos y contribuyentes:** Identifican aquellos factores situacionales patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.¹⁴

Como formular un diagnóstico de enfermería:

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (problema, etiología signos y síntomas) para su descripción es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente.

- El problema (p).
- La causa o etiología (E).
- Los signos y síntomas (S) (características definitorias que son evidentes en el paciente).

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación por la inclusión de los signos y síntomas. Se ha venido practicando hace varios años en las escuelas de enfermería.

Normas para escribir diagnósticos de enfermería:

- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas más que a las necesidades.
- Utilizar relacionado a / con.
- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
- Evitar invertir el orden de la frase en la categoría diagnóstica.
- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.

¹⁴ Ibídem García González Ma. de Jesús p.35

- Se deben expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuación de la enfermería.
- El diagnóstico medico no debe ser incluido en la categoría diagnóstico de enfermería.¹⁵

¹⁵ Ibídem **García González Ma. de Jesús p.36**

1.4.3. Planeación

Es la tercera etapa del Proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma.

La planeación consta de 4 etapas:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

Etapas en el plan de cuidados:

Establecer prioridades en los cuidados: Posterior a la valoración y etapa de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en las cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas porque representan una amenaza para la vida de la persona.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave, sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.¹⁶

¹⁶ **Rodríguez Sánchez Bertha Alicia**
Proceso enfermero p.73,74
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México

- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:** Esto es determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y /o de la familia como por parte de los profesionales, los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:
 - **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia, cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
 - **objetivos a mediano plazo:** Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
 - **objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** Esto es determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso) determinación de actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que los enfermeros y /o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la practica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente, las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.¹⁷

¹⁷ **García González Ma. de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.39
Edición 2004.

- **Documentación y registro.** Es el registro que realiza la enfermera (o) de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. ¹⁸

Actuaciones de enfermería.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboraran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Tipo de actividades de enfermería

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se han de llevar a cabo una actuación médica.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que los enfermeros llevan a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que esta legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia practica son actividades que no requieren la orden previa de un medico.

¹⁸ **Rodríguez Sánchez Bertha Alicia**
Proceso enfermero p.86
Ediciones Cuellar Aguirre Guadalajara JAL. México

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano.

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Reestablecer la salud.
- Rehabilitación.
- Acompañamiento de los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Tipos de planes de cuidados:

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser:

- **Individualizado:** cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera(o) procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.
- **Estandarizado:** Un plan de cuidados estandarizado en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacio en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario.

Computarizado: Surgen de planes creados por ordenador (Iyer 1977:210) después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.¹⁹

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

¹⁹ Ibidem Rodríguez Sánchez p.86

1.4.3.1. RESULTADOS ESPERADOS NOC

La clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.

Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones.

Lenguaje Común

Todas las intervenciones y resultados están basados en la investigación clínica actual desde distintos ámbitos, Pueden utilizarse para comunicar una información común de las diferentes situaciones, pero también para proporcionar a los profesionales una forma de atención individualizada a los pacientes. A través de estas clasificaciones se establece un lenguaje común para la práctica profesional que va a permitir la mejora de la calidad de los cuidados y el desarrollo de la profesión. Este lenguaje común enfermero, va a facilitar el establecimiento de un criterio universal para todas las intervenciones y resultados de enfermería y así garantizar un servicio asistencial de calidad en condiciones similares en cualquier parte del mundo.²⁰

²⁰www.eui.hsiddbcn.org/...Nick-noche-dosplares-conocimiento-enfermero
NIC Y NOC
9/ 07 / 2009

1.4.4. Ejecución

- La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

En esta etapa se debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

En esta fase el proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos.²¹

- **Validación del plan de cuidados**

Es la validación de todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionistas del equipo de salud, según las necesidades o problemas del paciente para asegurar mayor éxito en su realización.

- **Fundamentación o razonamiento científico**

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

²¹Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva
Fundamentos de Enfermería p.252, 253.
3ª edición

- **Brindar cuidados de enfermería**

Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentado científicamente, se procederá a su ejecución, pero debe considerarse que el paciente pueda presentar durante su atención en la comunidad o estancia hospitalaria, necesidades, problemas o situaciones inesperadas que alteren dicho plan que realice las modificaciones pertinentes sin que esto altere la atención del paciente.

- **Continuidad del cuidado**

La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

- **Registro de los cuidados**

El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles o probables e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud.

Estos registros deben ser claros, precisos, veraces, concisos, completos, para asegurar la continuidad y calidad de enfermería en los diferentes turnos, y que otros integrantes del equipo de salud conozcan con detalle y los considere en la atención interdisciplinaria que deben prestarse al paciente.²²

²² Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva
Fundamentos de Enfermería p.253, 254
3ª edición

1.4.4.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC

Las siglas del termino ingles para esta denominación es NIC

N.I.C (nursing interventions classification)

Intervención de enfermería. Se define como una intervención enfermera a todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Las intervenciones: (actividades enfermeras) Son las acciones encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que es el proceso de atención de enfermería debemos de definir las intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente. Las intervenciones son genéricas y cada una de ellas llevara aparejada varias acciones.

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

Clasificación de las intervenciones de enfermería:

El orden y la disposición de las actividades de enfermería en grupos, en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

Taxonómica de las intervenciones de enfermería:

Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de Taxonómica de la. CIE tiene tres niveles; campo, clases e intervenciones.²³

²³ www.eui.hsibcn.org/...Nick-noche-dospilares-conocimiento-enfermero
NIC Y NOC
9/07/2009

1.4.5. Evaluación.

La evaluación es el proceso de valor o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósito.

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de este.

Las actividades de la fase de evaluación son la evaluación del logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan.

- **La evaluación del logro de los objetivos.**

Se inicia con la valoración del paciente: Esto significa que nuevamente se le tendrá que examinar y entrevistar para reunir datos de su estado actual de salud o enfermedad.²⁴

²⁴ Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva
Fundamentos de Enfermería p.254.
3ª edición

- **La revaloración o modificación del plan**

Se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de los objetivos. Así se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de estos.

Ser realista e incorporar los factores que refuerzan el logro de los objetivos o bien reducirlos o eliminarlos, será la clave para lograr un plan de cuidados eficaz, eficiente e individualizado.

El proceso de evaluación es un factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad ya que estos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover y realizar continuamente la investigación en enfermería.

Así pues la evaluación sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.²⁵

²⁵ Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva
Fundamentos de Enfermería p.255
3ª edición

1.5. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson es una enfermera norteamericana. Nació en el año 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingreso a la escuela de enfermería de la armada en Washington D.C. graduándose tres años mas tarde. Inicio su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regreso a la universidad. Donde obtuvo el grado de maestra en artes con especialización en docencia de enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica. Volvió a la universidad para trabajar como profesora. Impartiendo cursos sobre el proceso analítico y practica clínica, por el periodo de 1930-1948. Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harem, que se publico en español con el nombre tratado de enfermería teórica y practica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería. El modelo de enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas. En el grupo de la enfermería humanística, porque considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.²⁶

1.5.1. Modelo de Virginia Henderson:

- Un Modelo. Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.
- Una Teoría. Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

²⁶ **García González Ma. de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.11
Edición 2004.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista de la persona que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

*Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en la persona.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia y la satisfacción de sus necesidades.²⁷

²⁷ www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm
Virginia Henderson
5/07 /2009

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.

Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.

Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.²⁸

²⁸ www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm
Virginia Henderson
5/07 /2009

Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando los enfermeros asumen el papel del médico delega en otros su propia función.

La sociedad espera de los enfermeros un servicio que solamente ellos pueden prestar.

Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Persona: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio – psicosocial.²⁹

²⁹ www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm
Virginia Henderson
5/07 /2009

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a las personas en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud, identifica 14 necesidades humanas básicas que componen " los cuidados enfermeros ", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª. a la 9ª. relacionadas con la seguridad, la 10ª. relacionada con la propia estima, la 11ª. relacionada con la pertenencia y desde la 12ª. a la 14ª. relacionada con la auto realización.³⁰

³⁰ www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm
Virginia Henderson
5/07 /2009

1.5.2. Elementos del paradigma de Virginia Henderson

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define 14 necesidades fundamentales; que son las siguientes:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Moverse y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.³¹

³¹ **García González Ma. de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p. 13
Edición 2004.

.Para mantener un equilibrio entre las necesidades humanas y las dimensiones holística: (biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual), la persona debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Para valorar este alcance, el modelo maneja los términos de: Independencia y Dependencia.

Independencia: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el individuo realiza por si mismo, sin la ayuda de otra persona.

Dependencia: Incapacidad del individuo para adoptar comportamientos o realizar por si mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

- **Necesidades de oxigenación**

Promover la salud y la vida, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones.

- **Necesidades nutricionales**

Conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aporte de líquidos adecuados.

- **Necesidades de eliminación**

Mantener la salud mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones óptimas la función de eliminación.

- **Necesidades de movimiento**

Mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento.³²

³² **García González maría de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.54, 65, 96, 190.
Edición 2004 editorial Progreso S.A. DE CV

- **Necesidades de descanso**

Promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y el descanso, para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

- **Necesidades de higiene**

Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuado que eviten deformidades y proporcionen comodidad.

- **Necesidades de termorregulación**

Promover la salud mediante la puesta de actividades, para mantener la temperatura dentro de las cifras normales.

- **Necesidades del cuidado de la piel.**

Promover la salud mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservarla en óptimas condiciones.

- **Necesidades de evitar riesgos y peligros**

Promover la salud mediante la practica de medidas para evitar riesgos de enfermedad o morir.

- **Necesidades de comunicarse**

Tener una relación de ayuda con la persona, que evite barreras de la comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

- **Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores**

Atender a las necesidades espirituales de los pacientes considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales.³³

³³ **García González maría de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.127, 117,174, 148, 211.
Edición 2004 editorial Progreso S.A. DE CV

- **Necesidad de realización**

Ayudar a la persona a iniciar al proceso necesario para un cambio de trabajo o de actividad cuando esto sea necesario para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir una enfermedad.

- **Necesidad de recreación**

Aprovechar el periodo de rehabilitación para aprender habilidades manuales que puedan servir como actividades recreativas y como ejercicio mental y físico.

- **Necesidad de aprendizaje**

Fomentar el aprecio del valor salud, mediante la difusión de conocimientos básicos de epidemiología al individuo, familia y comunidad recomendando la practica de medidas, para la promoción y protección de salud así como la atención oportuna en caso de enfermedad.³⁴

³⁴ **García González maria de Jesús**
El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson p.230
Edición 2004 editorial Progreso S.A. DE CV

1.5.3. Meta paradigma de Enfermería

De acuerdo con Virginia Henderson el Meta paradigma de Enfermería esta formado por cuatro conceptos básicos que se describen a continuación.

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

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal / física y mental que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables, el paciente y su familia son considerados como una unidad, tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.³⁵

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

³⁵ www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm
Virginia Henderson
5/07 /2009

2. METODOLOGIA

El presente caso clínico se desarrollo con base en la metodología del Proceso Atención de Enfermería y con el desarrollo del modelo de Virginia Henderson en la identificación de 14 necesidades básicas. Eligiendo una persona de sexo femenino con urgencia obstétrica de aborto incompleto.

En la primera etapa del proceso se utilizo la guía de valoración de Virginia Henderson (ver anexo) para identificación de las 14 necesidades. Se llevo a cabo el interrogatorio al paciente, la exploración física y se identificaron las necesidades afectadas del paciente, y se estructura la conclusión diagnóstica.

En la segunda etapa se realizaron los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía de la NANDA, se establecieron siete diagnósticos reales, dos potenciales, y cinco de bienestar ED+ FRC+ CD (etiqueta diagnostica + factor relacionado contribuyente + características definitoria) para los diagnósticos Reales. ED + FRC para los de Riesgo (etiqueta diagnostica + factor relacionado contribuyente)

En la tercera etapa se jerarquizaron las necesidades afectadas del paciente con base en la escala de Kalis y Maslow y las necesidades de Virginia Henderson de las cinco prioridades: Primera prioridad todo aquello que amenaza al individuo o tiene alteraciones fisiológicas, segunda prioridad seguridad y protección, tercera prioridad amor y pertenencia, cuarta prioridad autoestima y quinta prioridad realización de las actividades de la vida diaria.

Se establecieron los resultados esperados con base en la Clasificación de Resultados Esperados NOC, identificando indicadores y escala de medición por cada uno de ellos.

El plan de cuidados que se desarrollo es individualizado.

Se desarrollaron intervenciones interdependiente e independientes utilizando la Clasificación de la Intervenciones de Enfermería NIC.

En la cuarta etapa se desarrolla el plan de cuidados.

En la quinta etapa se evaluaron los logros de los resultados esperados y se evaluó la mejoría de la persona.

3.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

3.1. Presentación del caso

Mujer de 24 años de edad de procedencia del estado de Guerrero radica actualmente en la ciudad de Cuernavaca, Mor. Vive en unión libre, es madre de una hija de un año y medio con escolaridad, primaria terminada practica la religión católica su ocupación actual es ama de casa. El día 13 de julio del año 2009 se presenta al modulo Mater del Hospital General de Cuernavaca, Mor. Siendo diagnosticada, de aborto incompleto.

Se presumen las siguientes necesidades:

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
OXIGENACION	ESTA NECESIDAD NO SE ENCUENTRA ALTERADA
NUTRICION / HIDRATACION	SEQUEDAD DE LA PIEL
ELIMINACION	SANGRADO TRANSVAGINAL
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	DIFICULTAD PARA MOVERSE
DORMIR Y DESCANSAR	BOSTEZA FRECUENTEMENTE
VESTIRSE Y DESVESTIRSE	NO SE ENCUENTRA ALTERADA
TERMORREGULACION	NO SE ENCUENTRA ALTERADA
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	LESIONES DERMICAS, CON ENROJECIMIENTO DE LA PIEL
EVITAR PELIGROS	MEDIDAS DE PREVENCION
COMUNICACIÓN	NO SE ENCUENTRA ALTERADA
VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	NO SE ENCUENTRA ALTERADA
TRABAJAR Y REALIZARSE	NO SE ENCUENTRA ALTERADA
ACTIVIDADES RECREATIVAS	NO SE ENCUENTRA ALTERADA
APRENDIZAJE	LIMITACION COGNITIVA DE SU EDO. DE SALUD

3.2. VALORACION

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Eusebia V Edad: 24 años Peso: 57 Kg. Talla: 1.47
Fecha de nacimiento: 14 de agosto 1984 Sexo: femenino Ocupación: hogar
Escolaridad: primaria terminada Fecha de admisión: 13 julio del 2009 Hora: 14:30
Procedencia: Cuernavaca Mor Fuente de información: expediente/ paciente
Fiabilidad: (1-4): 4 Miembro de la familia/ persona significativa: pareja

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: no Tos productiva/ seca: no presenta dolor asociado con la respiración: no presenta dolor y refiere no padecer enfermedades respiratorias.
Fumador: la paciente refiere nunca haber fumado.
desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día / varía la cantidad según su estado emocional: no relaciona su estado emocional con los cigarros ya que no fuma.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: la paciente presenta signos vitales dentro de parámetros normales presión arterial 90/70. Pulso 88x' respiraciones 22x' temperatura 36.7.

Tos productiva / seca: no presenta tos Estado de conciencia: conciente y orientada coloración de la piel / lechos unguales/ peri bucal: se observa con ligera palidez de tegumentos y mucosas orales regularmente hidratadas.

circulación del retorno venoso: 2 segundos, a la auscultación se aprecian campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos.

Otros: ninguno de importancia.

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo) su alimentación es habitualmente a base de frijol, tortilla carnes, fruta, con ingesta deficiente en fibra refiere tomar aproximadamente un litro de agua al día. Numero de comidas diarias: 2/día trastornos digestivos: con frecuencia presenta agruras.

Intolerancia alimentaria/ alergias: refiere no ser alérgica a ningún tipo de alimento.

Problemas de la masticación y deglución: no tiene ningún problema para deglutir o masticar los alimentos.

Patrón de ejercicio: refiere no realizar ningún tipo de ejercicio.

Objetivo:

Turgencia de la piel: se observa ligera palidez de la piel.

membranas mucosas hidratadas/ secas: regularmente hidratadas.

características de uñas/cabello: uñas largas y limpias, cabello largo cuidado.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: se aprecian sus movimientos disminuidos por presencia de dolor en la cadera.

Aspecto de los dientes y encías: dentadura se aprecia completa. Sin presencia de caries encías de color rosado, sin lesiones.

heridas, tipo y tiempo de cicatrización: no se aprecia ningún tipo de heridas.

Otros: _____

c) Eliminación

Subjetivos:

hábitos intestinales: refiere evacuar de 2 a 3 veces por día.

características de las heces, orina y menstruación: heces de color café fétidas de consistencia muy dura, la orina es amarillo claro, aproximadamente seis veces al día la menstruación es de color rojo oscuro cada 28 días y es por cinco días.

historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: niega padecer algún tipo de enfermedad.

uso de laxantes: no utiliza ningún tipo de laxantes. hemorroides: negado

dolor al defecar/menstruación/orinar: menciona que para defecar presenta dolor como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: no lo relaciona con las emociones.

Objetivo:

Abdomen/ características: se aprecia el abdomen blando sin signos de distensión.
ruidos intestinales: se auscultan peristaltismo adecuado (ruidos intestinales presentes).
palpación de la vejiga: no presenta signos de distensión.
Otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: refiere no tener problema alguno para adaptarse a los cambios de temperatura menciona que el clima de aquí es igual al de su pueblo.
ejercicio/ tipo y frecuencia: no realiza ningún tipo de ejercicio físico.
temperatura ambiental que le es agradable: el clima templado.

Objetivo:

Características de la piel: se observa con ligera palidez de tegumentos, piel regularmente hidratada.
Transpiración: con sudoración al momento que le dan las contracciones.
condiciones del entorno físico: el ambiente es frío ya que existe aire acondicionado en el área en que se encuentra.
Otros: _____

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: considera que su actividad física es adecuada.
actividades en el tiempo libre: se dedica bordar, ver televisión, escuchar música.
hábitos de descanso: menciona que casi diariamente se toma un descanso de 30 min. A 1 hora al día.
Hábitos de trabajo: refiere que tiene actividades todo el día en el hogar.

Objetivo:

estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: se observa un buen tono muscular sin flacidez.

capacidad muscular tono/resistencia/ flexibilidad: se aprecia buena condición física con flexibilidad adecuada en músculos.

posturas: se aprecia incomoda por el dolor adoptando una postura de encorvamiento para la deambulaci3n requiriendo de ayuda.

ayuda para la deambulaci3n: si requiere de ayuda.

dolor con el movimiento: si en el abdomen y cadera.

presencia de temblores: no estado de conciencia: es alerta conciente y orientada estado emocional: facies de tristeza y muy pensativa.

otros: _____

b) Descanso y sue1o**Subjetivo:**

Horario de descanso: refiere que en el d1a descansa entre 1y 2 de la tarde.

horario de sue1o: se acuesta a las 10:00 de la noche habitualmente y se levante a las 7 de la ma1ana refiriendo que ya tiene seis meses que se acuesta pero no concilia el sue1o luego, sino hasta como a las tres o cuatro de la madrugada.

Horas de descanso: de 8 a 9 hrs. Horas de sue1o: de cuatro a cinco horas 1ltimamente.

Siesta: habitualmente de media hora a una hora por d1a.

Ayudas: no cuenta con ninguna ayuda.

¿Padece insomnio? Si.

A que considera que se deba: a la preocupaci3n de no tener conmigo a mi hija porque me la quitaron mis papas por no estar de acuerdo con la uni3n que tengo con mi pareja porque el es mucho mayor que yo el tiene 49 a1os.

¿Se siente descansado al levantarse? Si pero en el transcurso del d1a me siento con sue1o y cansada.

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estr3s/ lenguaje: alerta. La paciente se percibe orientada en tiempo y espacio.

ojeras: se aprecian ojeras atenci3n: presta atenci3n es cooperadora.

bostezos: frecuentemente concentraci3n: si se concentra prestando atenci3n.

apat1a: no muestra apat1a. cefaleas: no refiere.

respuesta a est1mulos: es adecuada responde a est1mulos.

Otros: expresi3n de sue1o.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? Menciona que no.

¿su autoestima es determinante en su modo de vestir?: dice que se pone la ropa que le gusta y que se sienta cómoda que no tiene problema al respecto.

¿sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: no me gusta usar faldas cortas para ir a la iglesia.

¿necesita ayuda para la selección de su vestuario?: dice que ella la elige sola.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si.

capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: es adecuada.

vestido incompleto: bata del hospital. sucio: no inadecuado: no

otros: sin importancia

d) Necesidades de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: la paciente refiere bañarse diariamente con cambio de ropa una vez al día.

momento preferido para el baño: su horario de preferencia es al medio día de 12 a 13:00 hrs.

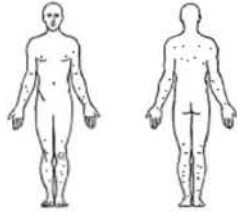
Cuántas veces se lava los dientes al día: el cepillado de dientes lo realiza 2 veces al día.

aseo de manos antes y después de comer: si se lava las manos y frecuentemente después de eliminar: si.

¿tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: ninguna.

Objetivos:

Aspecto general: se observa a la paciente limpia.
olor corporal: se percibe limpio, solamente en genitales con olor a sangre.
halitosis: ligera.
estado del cuero cabelludo: se percibe sano y limpio sin presencia de caspa.
lesiones dérmicas, que tipo: presenta lesiones dérmicas por picaduras de moscos en brazos, piernas y espalda con enrojecimiento de la piel las cuales le causan comezón y frecuentemente se rasca.
(anote su ubicación en el diagrama)
Otros: sin datos de importancia.



e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia: la paciente refiere ser madre de una niña y su familia son sus padres, sus hermanos.

Como reacciona ante una situación de emergencia: pide apoyo a su pareja o alguna persona que se encuentra cercana a ella.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Menciona que conoce algunas.
en el hogar: si.

en el trabajo: _____
¿realiza controles periódicos de salud recomendados? Menciona que desde que nació su hija hace año y medio no ha acudido con ningún medico.

como canaliza las situaciones de tensión en su vida: menciona que cerca de su casa vive una hermana con la que platica mucho pero que la hermana no interviene en nada solo la escucha.

Objetivo:

Deformidades congénitas: se observa sin deformidades ni limitaciones que pudieran poner en riesgo su integridad física.

Condiciones del ambiente en el hogar: menciona que es segura y un poco intranquila ya que vive un hijo de su pareja con ellos y se desespera porque el muchacho casi no la obedece ya que esta bien mimado por el papa (no se puede valorar debido a que la entrevista se realiza en el hospital).

Trabajo: _____

Otros: ninguno.

3.- necesidades básicas de: comunicación, vivir según creencias y valores, trabajar realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidades de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: la paciente refiere vivir en unión libre años de relación: seis meses.

Vive con: su pareja e hijastro.

Preocupaciones / estrés: dice que la mayor preocupación es no tener a su hija con ella y saber que a su hija le hacen falta cosas y no tiene dinero para darle.

Familiares: menciona que de alguna manera sus padres la apoyan con la manutención de su hija.

otras personas que puedan ayudar: refiere que espera a que un hermano venga a verla para que la apoye y hable con sus papas.

Rol de la estructura familiar: dice que es esposa y ama de casa.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado: si.

cuanto tiempo pasa sola: menciona que muy poco ya que su esposo es albañil, y le lleva la comida y se queda varias horas con el platicando mientras el trabaja.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivos:

Habla claro: la paciente tiene una comunicación clara. confusa: sin confusiones.

Dificultad en la visión: ninguna. audición: buena.

comunicación verbal / no verbal con la familia /con otras personas significativas: se aprecia buena comunicación con el esposo.

otros: _____

b) Necesidad de vivir según creencias y valores

Subjetivos:

Creencias religiosas: la paciente dice practicar la religión católica y que es muy creyente de la virgen de Guadalupe.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: menciona que sus creencias religiosas no le generan conflictos personales que cada persona cree lo que quiere creer.

Principales valores en su familia: es la honradez y la rectitud.

principales valores personales: ella se considera que es sincera, honesta y leal.

¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: considera que si.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): la paciente viste de acuerdo a su edad y menciona que no existe ninguno hábito específico en particular solo vestir decentemente.

¿permite el contacto físico? : es cooperadora y permite el contacto físico.

¿tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? : No ninguno.

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? La paciente refiere no trabajar que solamente se dedica a las labores del hogar y que se siente un poco insatisfecha con el rol familiar que lleva ya que ella necesita trabajar para tener dinero para su hija ya que su pareja no la apoya económicamente para su hija.

Tipo de trabajo: _____ riesgos: _____ cuanto tiempo le dedica a su trabajo:

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

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? Un poco insatisfecha porque deseo trabajar.

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansiosa/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/inquieto/ eufórico: la paciente se observa calmada, tranquila cooperadora y participativa.

otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: la paciente dice no practicar ninguna actividad física recreativa que su tiempo libre lo utiliza para bordar, ver televisión, oír música.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: considera que sí.

¿Existen recurso en su comunidad para la recreación? Menciona que desconoce ya que tiene muy poco tiempo que llevo a vivir ahí.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? Menciona que no ha participado y desconoce los lugares donde se pudieran realizar.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: la paciente se encuentra conciente cooperadora reactiva con buen tono muscular integro para su edad.

¿rechaza las actividades recreativas?: no muestra rechazo para participar en actividades recreativas.

¿su estado de animo es apático / aburrido/ participativo?: es participativo.

otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: la paciente refiere haber terminado su primaria sabe leer y escribir.

problemas de aprendizaje: dice no tener problema alguno para el aprendizaje razón por la cual le gustaría estudiar computación.

Limitaciones cognitivas: no tiene ningún tipo de limitación cognitiva tipo:

Preferencias: leer /escribir: tiene preferencia por la orientación del cuidado para no embarazarse.

¿conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: si sabe que hay un centro de salud.

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: menciona que acudiendo al centro de salud para recibir orientación o solicitar folletos.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: si ya que pregunta mucho de la manera de cómo cuidarse porque menciona que ni ella ni su pareja desean tener hijos.

otros: quiere saber cuales son los métodos de planificación familiar.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: la paciente se observa tranquila.
órganos de los sentidos: se aprecian funcionales sin alteraciones.
estado emocional / ansiedad / dolor: se percibe tranquila.
memoria reciente: presente orientada en tiempo y espacio.
memoria remota: presente.
otras manifestaciones: ninguna.

3.3. CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA		
Necesidades	Grado de dependencia	Diagnóstico de Enfermería
1.- Oxigenación	I _____X PD D	Potencial de favorecer el control eficaz de la salud.
2.- Nutrición / hidratación	I PD____X D	Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, manifestado por labios secos, sequedad de la piel y mucosas.
3.- Eliminación	I PD____X D	Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y de líquidos.
4.- Termorregulación	I _____X PD D	Potencial de mejorar la cognición, percepción positivo de conductas generadoras de salud.
5.-Moverse y mantener una buena postura	I PD____ X D	Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas manifestado por posición antiálgica para evitar el dolor.
6.-Descanso y sueño	I PD____ X D	Deterioro del Patrón del sueño relacionado con la separación de persona significativa (hija viva) manifestado por insomnio.
7.-Usar prendas de vestir adecuadas	I _____X PD D	Potencial de mejorar la autopercepción positivo.

8.-Higiene y protección de la piel	I PD____X D	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con picaduras de insectos en extremidades superiores e inferiores y espalda, manifestada por presencia comezón y enrojecimiento de la piel.
9.-Evitar peligros	I PD____ X D	Riesgo de infección relacionado con retención de restos placentarios de cinco días de evolución.
10.-Comunicarse	I _____ X PD D	Desesperanza relacionada con apoyo inadecuado e indiferencia de parte de su pareja, manifestado por deseos de trabajar.
11.-Vivir según creencias y valores	I PD D	Potencial de favorecer creencias y valores positivo.
12.-Trabajar y realizarse	I _____ X PD D	Conflicto del rol parental relacionado con rechazo al embarazo, manifestado por insatisfacción con el rol.
13.-Jugar y participar en act. Recreativas	I _____X PD D	Potencial de mejora en actividad y ejercicio eficaz.
14.-Aprendizaje	I PD____ X D	Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con la retención de restos placentarios, manifestado por falta de conocimientos respecto a las practicas sanitarias básicas.

3.4.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico: Potencial de favorecer el control eficaz de la salud.

Diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, manifestada por labios secos, sequedad de la piel y mucosas.

Diagnóstico: Riesgo de estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de fibra y de líquidos.

Diagnóstico: Potencial de mejorar la cognición, percepción positivo de conductas generadoras de salud.

Diagnóstico: Dolor agudo relacionado con las contracciones uterinas, manifestado por posición antiálgica para evitar el dolor.

Diagnóstico: Deterioro del Patrón del sueño relacionado con la separación de persona significativa (hija viva), manifestado por la preocupación e insomnio.

Diagnóstico: Potencial de mejorar la autopercepción positivo.

Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con picaduras de insectos en extremidades superiores e inferiores y espalda manifestada por presencia de comezón y enrojecimiento de la piel.

Diagnóstico: Riesgo de infección, relacionado con retención de restos placentarios de cinco días de evolución.

Diagnóstico: Desesperanza relacionada con apoyo inadecuado e indiferencia por parte de su pareja, manifestada por deseos de trabajar.

Diagnóstico: Potencial de favorecer creencias y valores positivo.

Diagnóstico: Conflicto del rol parental relacionado con rechazo al embarazo manifestado por insatisfacción con el rol.

Diagnóstico: Potencial de mejora en actividad y ejercicio eficaz. Potencial de mejora en actividad y ejercicio eficaz.

Diagnóstico: Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con la retención de restos placentarios, manifestado por falta de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.

3.5. Planeación (Jerarquización de necesidades, resultados esperados, intervenciones y plan de cuidados).

3.6

Necesidades encontradas	Necesidades Jerarquizadas	Diagnósticos de enfermería	Resultados esperados NOC	Intervenciones NIC
Nutrición / hidratación	Comer y beber	Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, manifestado por labios secos, sequedad de la piel y mucosas.	Hidratación	Manejo de líquidos
Eliminación	Eliminación	Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos.	Estado nutricional ingestión alimentaria y de líquidos	Manejo de la nutrición
Moverse y mantener buena postura	Moverse y mantener buena postura	Dolor agudo relacionado con las contracciones uterinas manifestado por posición antiálgica para evitar el dolor.	Control del dolor	Manejo del dolor

Descanso y sueño	Descanso y sueño	Deterioro del Patrón del sueño relacionado con la separación de persona significativa (hija viva) manifestado por preocupación e insomnio.	Control de la ansiedad	Disminución de la ansiedad
Higiene y protección de la piel	Higiene corporal	Deterioro de la integridad cutánea relacionada con picaduras de insectos en miembros superiores e inferiores y espalda manifestado por comezón y enrojecimiento de la piel.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Vigilancia de la piel
Necesidad de evitar peligros	Evitar peligros	Riesgo de infección relacionado con la retención de restos placentarios de cinco días de evolución.	Control del riesgo	Enseñanza: proceso de enfermedad
Necesidad de comunicarse	Comunicarse	Desesperanza relacionada con apoyo inadecuado e indiferencia de parte de su pareja manifestado por deseos de trabajar.	Esperanza	Apoyo emocional

Necesidad de trabajar y realizarse	Trabajar y realizarse	Conflicto del rol parental relacionado con rechazo al embarazo manifestado por insatisfacción con el rol.	Superación de problemas	Terapia familiar.
Necesidad de aprendizaje	Aprendizaje	Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con la retención de restos placentarios manifestado por falta de conocimientos respecto a las practicas sanitarias básicas.	Conocimiento: conductas sanitarias	Guías del sistema sanitario

3.6. Ejecución

<p>NECESIDAD. NUTRICION / HIDRATACION D2 C5</p> <p>DX: Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, manifestado por labios secos, sequedad de la piel y mucosas.</p> <p>Definición: Disminución del líquidos intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a las pérdidas solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.³⁶</p>		
<p>NOC HIDRATACION. D(11) C (G)</p> <p>Definición: Cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.³⁷</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidratación. • Membranas mucosas húmedas. • 	<p>INTERVENCIONES NIC C (2) C (G)</p> <p>MANEJO DE LIQUIDOS</p> <p>Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados..³⁸</p> <p>ACTIVIDADESSE</p> <p>- Se vigilo el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso</p>	<p>FUNDAMENTOS</p> <p>Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua.</p>

³⁶ NANDA Internacional
 Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
 Editorial Elsevier Madrid España Pág.215

<p>Escala de medición:</p> <p>1.- Extremadamente comprometida.</p> <p>2.- Sustancialmente comprometida.</p> <p>3.- Moderadamente comprometido.</p> <p>4.- Levemente comprometida.</p> <p>5.- No comprometida.</p>	<p>adecuado y presión sanguínea ortostática).</p> <p>-Se distribuyo la ingesta de líquidos en 24 hrs.</p> <p>-Se ofrecieron tentempiés (bebidas y fruta fresca / zumo de frutas con frecuencia),</p> <p>- Se peso diario y se controló la evolución.</p> <p>- Se monitorizaron los signos vitales.</p>	
<p>Evaluación: Se logra que la paciente recupere una hidratación de la piel y de las membranas mucosa ubicándola en una escala de 4.</p>		

³⁷ **Johnson Marion, Maas Meridian, Moorhead Sue**
 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
 Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 p. 335

³⁸ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
 Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p 553

NECESIDAD: ELIMINACION D3 C2		
DX: Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y de líquidos.		
Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas. ³⁹ .		
NOC ESTADO NUTRUCIONAL: INGESTION ALIMENTARIA Y DE LIQUIDOS D (11) C (K)	INTERVENCIONES NIC C(2) C (D)	FUNDAMENTOS
Definición: Cantidad de ingestión alimentaria y líquida durante un periodo de 24 hrs. ⁴⁰ .	MANEJO DE LA NUTRICION	Una alimentación equilibrada rica en fibra fomenta la actividad peristáltica y la evacuación regular.
Indicadores:	Definición: Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquido. ⁴¹	Un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y estimula la regulación en la evacuación.
<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión alimentaria oral. • Ingestión hídrica oral. 	ACTIVIDADES	
	<ul style="list-style-type: none"> _Se aseguro que la dieta incluyera alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. - Se ofrecieron tentempiés (bebidas y frutas frescas / zumo de frutas con 	

³⁹NANDA internacional
Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
Editorial Elsevier Madrid España Pág. 91

<p>Escala de medición:</p> <p>1.- No adecuada.</p> <p>2.- Ligeramente adecuada.</p> <p>3.- Moderadamente adecuada.</p> <p>4.- Sustancialmente adecuada.</p> <p>5.- Completamente adecuada.</p>	<p>frecuencia).</p> <p>-Se enseñó a la persona a llevar un diario de comidas.</p> <p>- Se ayudo a la persona a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados.</p> <p>- Se proporciono información adecuada a cerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p>	
<p>Evaluación: La persona refiere haber evacuado en poca cantidad por haber estado en ayuno por mas de ocho horas y posteriormente dieta blanda por lo que se ubica en una escala de 2.</p>		

⁴⁰ **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 Pág. 312

⁴¹ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p 534

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA D12 C1		
DX: Dolor agudo relacionado con las contracciones uterinas, manifestado por posición antiálgica para evitar el dolor.		
Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International association For The Study Of pain) inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses. ⁴²		
NOC CONTROL DEL DOLOR. D(1V) C(Q)	INTERVENCIONES NIC C (2) C(E)	FUNDAMENTOS
Definición: Acciones personales para controlar el dolor. ⁴³	MANEJO DEL DOLOR Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. ⁴⁴	Los analgésicos no narcóticos (ácido acetilsalicílico, fenamatos ácido fenilacético, indometacina, lisinas, paracetamol entre otros) intervienen en la biosíntesis de las prostaglandinas responsables de procesos inflamatorios, una de las reacciones adversas es la irritación gástrica.
Indicadores • Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	ACTIVIDADES -Se aseguro de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Se proporciono información	

⁴² NANDA Internacional
Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
Editorial Elsevier Madrid España Pág. 82

<p>Escala de medición:</p> <p>1.- Nunca manifestado.</p> <p>2.- Raramente manifestado.</p> <p>3.- En ocasiones manifestado.</p> <p>4.- Con frecuencia manifestado.</p> <p>5.- Manifestado constantemente.</p>	<p>acerca del dolor tales como causa del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>- Se proporciono a la persona un alivio del dolor optimo mediante analgésicos prescritos;</p> <p>-Se fomentaron periodos de descanso y sueño adecuados que facilitaron el alivio del dolor.</p>	
<p>Evaluación: La persona mostró un alivio del dolor y pudo recuperar una movilidad adecuada por lo que se ubica en una escala de 2.</p>		

⁴³ **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
 Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 p.200

⁴⁴ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
 Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p.566

<p>NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO D4 C1</p> <p>Dx: Deterioro del Patrón del sueño relacionado con la separación de persona significativa (hija viva) manifestado por preocupación e insomnio.</p> <p>Definición: Trastorno de la calidad y cantidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.⁴⁵.</p>		
<p>NOC CONTROL DE LA ANSIEDAD D (111) C (O)</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.⁴⁶.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planea estrategias para superar situaciones estresantes. 	<p>INTERVENCIONES NIC C(2) C(T)</p> <p>DISMINUCION DE LA ANSIEDAD</p> <p>Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.⁴⁷</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se administro masajes en la espalda y cuello. 	<p>FUNDAMENTOS</p> <p>Estas técnicas aumentan la sensación de control que la persona tiene sobre las respuestas del cuerpo al estrés.</p>

⁴⁵ NANDA Internacional
 Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
 Editorial Elsevier Madrid España Pág. 188

<p>Escala de medición:</p> <p>1.- Nunca manifestado.</p> <p>2.- Raramente manifestado.</p> <p>3.- En ocasiones manifestado.</p> <p>4.- Manifestado con frecuencia.</p> <p>5.- Constantemente manifestado.</p>	<p>-Se escucho con atención.</p> <p>- Se creo un ambiente que facilito confianza.</p> <p>-Se establecieron actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</p> <p>-Se instruyo a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>	
<p>Evaluación: La persona refirió sentirse tranquila y relajada mencionando que la noche que estuvo hospitalizada pudo dormir toda la noche. Por lo que se ubica en una escala de 2.</p>		

⁴⁶ **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
 Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 Pág. 191

⁴⁷ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
 Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p324

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL D11 C2		
<p>Dx: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con picaduras de insectos, en extremidades superiores e inferiores y espalda manifestada por comezón y enrojecimiento de la piel.</p> <p>Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.⁴⁸</p>		
<p>NOC INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>D(11) C(L)</p> <p>Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.⁴⁹</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de lesión tisular. <p>Escala de medición :</p>	<p>INTERVENCIONES NIC C(2) C(L)</p> <p>VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.⁵⁰.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observe su color, calor, pulsos, textura, edema y ulceraciones en las extremidades. -Se observe el enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. -Se observe si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la 	<p>FUNDAMENTOS</p> <p>El propósito de recoger y analizar datos de la persona es ayudar a mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.</p> <p>La evaluación de la piel ofrece información para evaluar la circulación, temperatura corporal y grado de hidratación.</p>

⁴⁸NANDA internacional
 Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
 Editorial Elsevier Madrid España Pág. 117

1.- Extremadamente comprometida.	piel.	
2.- Sustancialmente comprometida.	-Se observo si hay excesiva sequedad o humedad de la piel.	
3.- Moderadamente comprometida.	- Se vigilo el color de la piel	
4.- Levemente comprometida.	-Se comprobó la temperatura de la piel.	
5.- No comprometida.	-Se instauraron medidas para evitar mayor deterioro, utilizando jabón neutro para bañarse. - Se proporciono ropa cómoda de cama - Se proporciono ropa holgada para la persona para evitar presión y fricción de la piel.	
Evaluación: La persona disminuyo el enrojecimiento de la piel solamente refiriendo que aun tenia un poco de comezón por lo que se ubica en una escala de 4.		

⁴⁹ **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 p343

⁵⁰ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p766

<p>NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS D11 C1</p> <p>DX: Riesgo de Infección relacionado con retención de restos placentarios de cinco días de evolución.</p> <p>Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos.⁵¹</p>		
<p>NOC CONTROL DE RIESGO</p> <p>D (1V) C (T)</p> <p>Definición: Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud reales personales y modificables.⁵²</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el riesgo. <p>Escala de medición.</p> <p>1.- Nunca manifestado.</p> <p>2.- Raramente manifestado.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC C(2) C(S)</p> <p>ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD</p> <p>Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específica.⁵³</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se proporciono información a la paciente acerca de la enfermedad. - Se describieron los signos y síntomas de la enfermedad. -Se instruyo a la paciente sobre las 	<p>FUNDAMENTOS</p> <p>Los agentes patógenos circulantes desencadenan los mecanismos de defensa corporal.</p>

⁵¹ NANDA internacional
 Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
 Editorial Elsevier Madrid España Pág. 116

<p>3.- En ocasiones manifestado.</p> <p>4. Con frecuencia manifestado.</p> <p>5.- Manifestado constantemente.</p>	<p>medidas para prevenir, minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</p>	
<p>Evaluación: No se presento ningún signo y síntoma de infección y la recuperación de la persona es favorable por lo que se ubica en una escala de 1.</p>		

⁵² **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
 Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 p. 204

⁵³ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
 Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p. 360

<p>NECESIDAD DE COMUNICARSE D 6 C1</p> <p>DX: Desesperanza relacionada con apoyo inadecuado e indiferencia de parte de su pareja, manifestado por falta de ingresos económicos.</p> <p>Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.⁵⁴</p>		
<p>NOC ESPERANZA</p> <p>D(111) C (M)</p> <p>Definición: Presencia de un estado interno de optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.⁵⁵</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de una orientación futura positiva. 	<p>INTERVENCIONES NIC C(2) C(R)</p> <p>APOYO EMOCIONAL</p> <p>Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.⁵⁶</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>-Se ayudo a la persona a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>-Se animo a la persona a expresar los</p>	<p>FUNDAMENTOS</p> <p>Permite mejorar la autoconciencia y promueve el crecimiento y desarrollo personal.</p>

⁵⁴NANDA internacional
 Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
 Editorial Elsevier Madrid España Pág. 72

<p>Escala de medición:</p> <p>1.- Ninguna</p> <p>2.- Escasa</p> <p>3.- Moderada</p> <p>4.- Sustancial</p> <p>5.-Extensa</p>	<p>sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>- Se favoreció la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <p>-Se proporciono ayuda en la toma de decisiones.</p>	
<p>Evaluación: La persona mostró buena disponibilidad para mejorar sus problemas y su pareja mostró accesibilidad con buena comunicación por lo que se ubica en una escala de 3.</p>		

⁵⁵ **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
 Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 p272

⁵⁶ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
 Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p. 155

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE D7 C3		
<p>DX: Conflicto del rol parental relacionado con rechazo a embarazarse, manifestado por insatisfacción con el rol.</p> <p>Definición: Uno de los progenitores experimenta confusión y conflicto del rol en respuesta a una crisis.⁵⁷</p>		
<p>NOC SUPERACION DE PROBLEMAS</p> <p>D(111) C(N)</p> <p>Definición: Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.⁵⁸</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca ayuda profesional de forma apropiada. 	<p>INTERVENCIONES NIC C(2) C (X)</p> <p>TERAPIA FAMILIAR</p> <p>Definición : Ayudar a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida mas positivo para vivir mejor.⁵⁹</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se determinaron los roles habituales de la paciente dentro del sistema familiar. 	<p>FUNDAMENTOS</p> <p>Estas medidas pueden ayudar a mantener una estructura familiar existente haciendo que funcione como una unidad de apoyo mutuo.</p>

⁵⁷ NANDA Internacional
 Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
 Editorial Elsevier Madrid España Pág. 156

<p>Escala de medición:</p> <p>1.- Nunca manifestada.</p> <p>2.- Raramente manifestada.</p> <p>3.- En ocasiones manifestada.</p> <p>4.- Manifestada con frecuencia.</p> <p>5.- Constantemente manifestada.</p>	<p>- Se determinaron los conflictos y ver si los miembros de la familia quieren resolverlos.</p> <p>-Se ayudo a los miembros de la familia a clarificar que necesitan y esperan unos de los otros.</p>	
<p>Evaluación: La persona mostró buena disponibilidad para mejorar sus problemas y su pareja mostró accesibilidad con buena comunicación por lo que se ubica en una escala de 3.</p>		

⁵⁶ **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 p403

⁵⁶ **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España p.739

<p>NECESIDAD DE APRENDIZAJE D1 C2</p> <p>DX: Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con la retención de restos placentarios, manifestado por falta de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.</p> <p>Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.⁶⁰</p>		
<p>NOC CONOCIMIENTO: CONDUCTAS SANITARIAS</p> <p>D(1V) C(S)</p> <p>Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.⁶¹</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los servicios de fomento y protección de salud. 	<p>INTERVENCIONES NIC C (2) C(Y)</p> <p>GUIAS DEL SISTEMA SANITARIO</p> <p>Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios.⁶²</p> <p>INTERVENCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se explico al sistema de cuidado sanitario inmediato, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente / 	<p>FUNDAMENTOS</p> <p>La información sobre cómo manejarse dentro del sistema sanitario ayuda a la persona y a la familia a sentirse más tranquilos y a un mejor control del cuidado de la persona. Esto influenciará positivamente, la identificación de la persona con el sistema sanitario.</p>

⁶⁰NANDA internacional
Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004
Editorial Elsevier Madrid España Pág. 140

<p>Escala de medición :</p> <p>1.- Ninguno</p> <p>2.- Escaso</p> <p>3.- Moderado</p> <p>4.- Sustancial</p> <p>5.- Extenso</p>	<p>familia.</p> <p>-Se instruyo a la persona sobre el tipo de servicios que puede esperar de cada clase de cuidador sanitario (auxiliares de enfermería, dietistas titulado, fisioterapeutas, cardiólogos, optometristas y psicólogos).</p> <p>- Se informo a la persona sobre los distintos tipos de instalaciones de cuidados (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, clínica de ingreso y clínicas quirúrgicas de día según corresponda).</p> <p>- Se informo sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.</p>	
---	---	--

⁶¹ **Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue**
 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)
 Segunda edición editorial Harcourt mosby s.a Madrid España año 2000 p155

⁶² **McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M**
 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)
 Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España Pág.440

	-Se informo a la persona como acceder a los servicios de urgencia por medio del teléfono o transporte.	
Evaluación: Logro comprender la importancia de la protección de la salud a través de adquirir el conocimiento, del seguimiento y funcionamiento de los servicios de salud y los beneficios que puede esperar por lo que se ubica en una escala de 4		

3.7. EVALUACION

OXIGENACION	No se encontró alterada
NUTRICION / HIDRATACION	Se logro una hidratación de la piel
ELIMINACION	Inicio medidas que le ayudaran a evitar el estreñimiento
TERMORREGULACION	No se encontró alterada
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	Desapareció el dolor y pudo movilizarse adecuadamente
DESCANSO Y SUENO	Logro relajarse y dormir mas horas de las que había estado durmiendo
USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	No se encontró alterada
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Mejoro la coloración de su piel
EVITAR PELIGROS	Logro comprender la importancia de la protección de la salud
COMUNICARSE	La persona se mostró optimista para tomar decisiones
VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	No se encontró alterada
TRABAJAR Y REALIZARSE	Contó con el apoyo de su pareja
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	No se encontró alterada
APRENDIZAJE	Obtuvo mayor información en cuanto a los servicios de salud y comprendió los beneficios

CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo, me ha permitido valorar la importancia de incluir en la práctica profesional de enfermería, el "Proceso Enfermero", ya que es una herramienta elemental para mejorar la calidad de atención y brindar cuidados planificados y razonados con base en las necesidades de cada individuo y en forma integral.

Es importante también reconocer el instrumento metodológico, que se utilizó para la realización de la valoración de la persona con el modelo de Virginia Henderson ya que por medio de este y sus 14 necesidades se logró planear las actividades y así obtener resultados satisfactorios para la persona.

El cuidado enfermero ha evolucionado de tal forma que como profesionales hemos ido asumiendo funciones comprometidas con la responsabilidad de ofrecer atención de calidad al individuo, familia y comunidad.

A través de la aplicación del proceso enfermero en una persona que requirió atención gineco-obstétrica sin lugar a dudas requiere de diversos cuidados ya que por la función fisiológica de su organismo es más propensa a múltiples complicaciones post aborto, las cuales se pudieron prevenir, minimizar o eliminar con resultados favorables para la persona, logrando su independencia. Cabe mencionar que como Licenciado en Enfermería y Obstetricia debemos planear y personalizar sus cuidados en cada trimestre del embarazo de tal forma que garantice el máximo bienestar al binomio madre- hijo y a la familia en esta nueva fase de la vida que experimentan. Finalmente se estableció un plan de alta con indicaciones y cuidados, mediante trípticos que incluyen indicaciones para su dieta, medidas generales, signos y síntomas de alarma, y tratamiento a continuar prescrito por el (la) médico.

SUGERENCIAS

El proceso de enfermería como ya es sabido es un método sistemático con bases teóricas para valorar individualmente cada caso.

Como sugerencia considero que establecer los planes de cuidados de enfermería estandarizados en las instituciones de salud, es sin duda de gran importancia para valorar la eficacia y eficiencia de los procesos siguiendo las doctrinas de cualquier modelo tendientes a satisfacer las necesidades de la persona de tal manera que recupere su independencia a la mayor brevedad posible. Además la educación continua de enfermería a través de las coordinaciones de Enseñanza a nivel hospitalario es de suma importancia que en los programas anuales se incluya el Proceso Atención Enfermero para conocimiento y aplicación por parte de todo el personal enfermero, llevándolo a la práctica diaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



García González Ma. De Jesús

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson

Edición 2004



Jiménez Trujano Laura, Mendoza Colorado Catalina, Montoya Martínez Adelina

Obstetricia 11 antología

UNAM ENEO 1ª. Edición 2007



Johnson Marion, Maas Meridean, Moorthead Sue

Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (NOC)



Juall Carpenito Lynda - Moyet

Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería

4ª Edición Mc.graw-Hill. Interamericana



McCloskey Joanne C, Bulechek, Gloria M

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (NIC)

Tercera edición editorial Harcourt mosby Madrid España



NANDA internacional

Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2003-2004

Editorial Elsevier Madrid España



Nordmark Madelyn T

Bases científicas de la enfermería

Segunda edición México 1998

Editorial el manual moderno



Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva

Fundamentos de enfermería

Tercera edición editorial el manual moderno

México 2004.



Roper Nancy

Diccionario de enfermería

16ª. Edición

Mc. graw- Hill. Interamericana



Rodríguez Sánchez Bertha Alicia

Proceso enfermero

Ediciones Cuellar

www.nacersano.org/centro9942.asp

Aborto espontáneo

7/ 07/ 2009

www.healthsystem.virginia.edu/sp/miscar.cfm

Aborto espontáneo

8/ 07 / 2009

www.html.rincondeluago.com/el-aborto.htm

El aborto

9/ 07/2009.

www.ipas.org.../legrado_uterino_instrumentalpreguntas_frecuentes.aspx-

Legrado uterino instrumental

8/ 07 / 2009

www.eui.hsjdbcn.org/...Nick-noche-dospilares-conocimiento-enfermero

NIC Y NOC

9/ 07 / 2009

www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Proceso de atención de enfermería

3/07/2009

www.terra.es/persona/duenas/terra2.htm

Virginia Henderson

5/07 /2009

GLOSARIO

AMEU: Aspiración manual endouterina

ANTICUERPOS: Sustancia defensora (proteína) sintetizada por el sistema inmunológico como respuesta a la presencia de una proteína extraña (antígeno) que el anticuerpo neutraliza.

AUTOINMUNE: Enfermedad causada por o asociada con el desarrollo de una respuesta inmunitaria a los tejidos orgánicos normales.

CIGOTO: El huevo fecundado.

CROMOSOMAS: Uno de los cuerpos con forma de bastoncillo que se puede ver dentro del núcleo celular, a medida que la célula se prepara para la división celular y durante la división celular.

CURETA: Instrumento en forma de cucharilla o un asa de metal que puede tener bordes cortantes, romos o ambos para raspar cavidades.

DILATADOR: Instrumento quirúrgico que sirve para penetrar en el interior de un conducto u orificio o una fístula.

EMBRION: Término aplicado al ovulo en desarrollo durante los primeros meses de la gestación.

ETIOLOGIA: Causa que produce la enfermedad.

FISIOPATOLOGIA: Ciencia que estudia las disfunciones.

GENES: Cada gen es un segmento en espiral especial y discreto de ADN componente principal y esencial de los cromosomas los genes son responsables de determinar características específicas de los rasgos.

Mixto -Lo cuenta el paciente y se puede ratificar en la exploración.

Objetivo -Los que se recogen del paciente al explorarlo.

PROTRUYEN: Del Latín. Protrudere, empujar hacia delante.

SDG: Semanas de gestación

SINTOMA: Cualquier manifestación de la enfermedad.

Subjetivo - Lo proporciona el paciente en el interrogatorio.

TERATOGENOS: Un agente capaz de causar un defecto congénito.

TROFOBLASTO: Capa delgada de células que ayuda a un embrión en desarrollo a adherirse a la pared del útero, protege el embrión y forma parte de la placenta.

TROMBOPLASTINA: Sustancia compleja que inicia el proceso de la coagulación transformando la protrombina en trombina en presencia de iones calcio.

anexos

Instrumento metodológico.

VALORACION

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia/ persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

b) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a _____ Tos productiva/ seca: _____ dolor asociado con la
respiración: _____ Fumador: _____
desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día / varía la cantidad según su estado
emocional _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____
tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____
coloración de la piel / lechos unguales/ peri bucal: _____
circulación del retorno venoso: _____
otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo) _____

Numero de comidas diarias: _____ trastornos digestivos: _____

intolerancia alimentaria/ alergias: _____

problemas de la masticación y deglución: _____

patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

turgencia de la piel: _____

membranas mucosas hidratadas/ secas: _____

características de uñas/cabello: _____

funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

aspecto de los dientes y encías: _____

heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

otros: _____

c) Eliminación

Subjetivos:

hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación: _____

historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

uso de laxantes: _____ hemorroides: _____

dolor al defecar/ menstruación/orinar: _____

como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

abdomen/ características: _____

ruidos intestinales: _____

palpación de la vejiga _____

otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____
ejercicio/ tipo y frecuencia: _____
temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel _____
Transpiración: _____
condiciones del entorno físico: _____
otros: _____

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

a) 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: _____
posturas: _____
ayuda para la deambulaci3n: _____
dolor con el movimiento: _____
presencia de temblores: _____ estado de conciencia: _____
estado emocional: _____
otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ horario de sueño: _____
horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Siesta: _____ ayudas: _____
¿padece insomnio? _____
A que considera que se deba: _____
¿se siente descansado al levantarse? _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés/ lenguaje: alerta _____
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) Necesidades de Higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

aseo de manos antes y después de comer: _____ después de eliminar: _____

¿tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivos:

Aspecto general: _____

olor corporal: _____

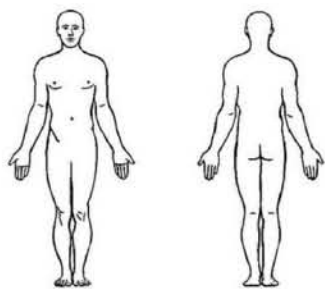
halitosis: _____

estado del cuero cabelludo: _____

lesiones dérmicas, que tipo: _____

(anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____



e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante una situación de emergencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____
en el hogar: _____
en el trabajo: _____
¿realiza controles periódicos de salud recomendado? _____
como canaliza las situaciones de tensión en su vida?: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____
condiciones del ambiente en el hogar: _____
trabajo: _____
otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según creencias y valores, trabajar realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidades de comunicarse

Subjetivo:

estado civil: _____ años de relación: _____ vive con _____
preocupaciones / estrés : _____ familiares: _____
otras personas que puedan ayudar: _____
rol de la estructura familiar: _____
comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado: _____
cuanto tiempo pasa sola: _____
frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivos:

Habla claro: _____ confusa: _____
dificultad en la visión: _____ audición: _____
comunicación verbal / no verbal con la familia /con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según creencias y valores

Subjetivos:

Creencias religiosas : _____
¿su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____
principales valores en su familia: _____
principales valores personales: _____
¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso) _____
¿permite el contacto físico?: _____
¿tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: _____
Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? _____ tipo de trabajo: _____ riesgos: _____
cuanto tiempo le dedica a su trabajo: _____
¿esta satisfecho con su trabajo? _____
su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia:
¿esta satisfecha con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansiosa/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/inquieto/
eufórico: _____
Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre _____
¿las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____
¿existen recurso en su comunidad para la recreación? _____
¿ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____
¿rechaza las actividades recreativas? _____
¿su estado de animo es apático / aburrido/ participativo?: _____
otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____
problemas de aprendizaje: _____
limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____
preferencias: leer /escribir: _____
¿conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____
¿sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: _____
¿tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____
otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso _____:
órganos de los sentidos: _____
estado emocional / ansiedad / dolor: _____
memoria reciente: _____
memoria remota: _____
otras manifestaciones: _____

FISIOPATOLOGIA

Muchos embarazos terminan durante el primer trimestre a causa de un aborto espontáneo. Con frecuencia la mujer cree tener unas reglas particularmente abundantes cuando en realidad sufre aborto precoz. Por tanto las cifras estadísticas no son exactas. La incidencia de abortos diagnosticados oscila entre un 20% y podría llegar al 60% en el conjunto de todas las gestaciones. Casi todos los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas, también son causas frecuentes los fármacos teratógenos, la implantación defectuosa debida a alteraciones del aparato genital femenino, la debilidad del cuello uterino, los trastornos de la placenta, las enfermedades crónicas maternas, los desequilibrios endocrinos y las infecciones. La investigación no respalda la creencia de que los accidentes y los traumatismos psíquicos son causa importante de aborto espontáneo, puede resultar muy angustiante para la pareja que desea tener un hijo. Sin embargo las probabilidades de que el siguiente embarazo llegue a su término son iguales a las de la población general. No obstante, las probabilidades de éxito son cada vez menores con cada aborto espontáneo sucesivo. Los abortos espontáneos se dividen en las siguientes categorías.

CLASIFICACION:

AMENAZA DE ABORTO: existe peligro para la vida del embrión o del feto a causa de una hemorragia de origen desconocido, con dolor cólico y lumbalgia. El cuello uterino está cerrado, la hemorragia puede durar varios días e ir seguida de la expulsión total o parcial del feto o del embrión, la placenta y las membranas (conocidas a veces, en conjunto, como productos de la concepción).

ABORTO INMINENTE: la hemorragia y los dolores cólicos son cada vez más intensos. El orificio cervical interno se dilata. La bolsa puede romperse también se conoce como aborto inevitable.

ABORTO COMPLETO: expulsión de todos los productos de la concepción.

ABORTO INCOMPLETO: retención de parte de los productos de la concepción casi siempre de la placenta, se aprecia una discreta dilatación del orificio cervical interno.

ABORTO RETENIDO: la muerte del feto en el interior del útero no va seguida de expulsión. El crecimiento del útero cesa, los cambios de las mamas involucionan y puede haber una secreción vaginal pardusca. El cuello esta cerrado. Si la retención del feto dura más de seis semanas, la degradación de los tejidos fetales provocara la liberación de tromboplastina, con posibilidad de una coagulación intravascular diseminada (CID).

ABORTO HABITUAL: se habla de aborto habitual cuando tres o más embarazos consecutivos terminan en aborto.

ABORTO SEPTICO: presencia de infección. Puede asociarse a una rotura prolongada e inadvertida de las membranas, al embarazo asociado a la presencia de un dispositivo intrauterino (DIU) o a un intento de de interrupción del embarazo por una persona no cualificada.

Definición de aborto espontáneo.

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, mucho antes de que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno. Cerca del 10 al 15 por ciento de los embarazos reconocidos termina en un aborto espontáneo. Hasta el 40 por ciento de los embarazos puede terminar de esta manera ya que muchas pérdidas ocurren antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada.

Aborto incompleto.

Se denomina aborto incompleto al cuadro clínico caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción cuando queda retenida la placenta.

Etiología.

La mayoría de los abortos espontáneos tiene lugar durante el primer trimestre, es decir, durante las primeras 13 semanas de embarazo. En muchos casos se desconoce la causa. Sin embargo, hay varios factores que pueden contribuir al aborto espontáneo durante el primer trimestre:

Anomalía cromosómica en el feto. Más del 50 por ciento de los abortos espontáneos que tienen lugar durante el primer trimestre se originan en problemas cromosómicos del feto. Los cromosomas son las estructuras celulares diminutas con forma de filamento donde se encuentran nuestros genes. Cada persona tiene 23 pares de cromosomas, o 46 en total. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro de la madre. La mayoría de las anomalías cromosómicas es resultado de un óvulo o espermatozoide defectuoso que tiene cromosomas de más o de menos. El embrión resultante tiene una cantidad incorrecta de cromosomas, lo que suele llevar a un aborto espontáneo. Las anomalías cromosómicas se vuelven más comunes a medida que aumenta la edad, al igual que el riesgo de aborto espontáneo.

Cigoto detenido. El cigoto detenido es un saco de embarazo que no contiene feto alguno, ya sea porque el embrión no se formó o porque dejó de desarrollarse muy temprano. En algunos casos, es causado por anomalías cromosómicas. En las primeras semanas, la mujer puede notar que sus síntomas de embarazo han desaparecido y puede tener sangrado vaginal de color marrón oscuro. Con un ultrasonido podrá observarse que el saco de embarazo está vacío. Un cigoto detenido resultará en última instancia en un aborto espontáneo, aunque en algunos casos éste no tiene lugar hasta varias semanas más tarde.

Factores inmunológicos.

El embrión implantado debe considerarse como un cuerpo que tiene antígenos extraños, los cuales derivan del genoma paterno. El mecanismo mediante el cual el embrión no es atacado por los antígenos maternos, aun no está claro, pero parece deberse a que existe un bloqueo de los anticuerpos maternos que bloquean la producción de anticuerpos específicos. También el trofoblasto produce esteroides anti rechazo, con esta base biológica podemos entender, que si fallan estos mecanismos aparecerá irremediablemente el rechazo del embrión y el consecuente aborto.

Problemas de salud de la madre. Los problemas hormonales, infecciones, diabetes, enfermedad tiroidea, lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de aborto espontáneo en la primera etapa del embarazo. En algunos casos, el tratamiento de estos trastornos antes y durante el embarazo logra prevenir el aborto espontáneo.

Factores relacionados con el estilo de vida. Las mujeres que beben alcohol, fuman o consumen drogas ilícitas pueden correr un riesgo mayor de tener un aborto espontáneo. Un estudio reciente comprobó que las mujeres que consumen 200 miligramos o más de cafeína a diario (equivalente a una taza de café de 12 onzas aproximadamente) tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir un aborto espontáneo que las mujeres que no consumen cafeína.⁶³

Anormalidades uterinas.

La presencia del útero doble o septado aumenta el riesgo de aborto, aunque es más común el desarrollo de parto prematuro. El útero en retroversión no es causa de abortos las adherencias pueden causar abortos, también los fibromas que protruyen hacia el interior de la cavidad uterina, las laceraciones o heridas del cuello uterino por partos o fórceps previos específicamente si se encuentra lesionado el orificio interno del cuello, puede provocar abortos tardíos o partos prematuros.

Insuficiencia hormonal.

Otra posible causa de aborto temprano puede ser la escasa producción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario antes de que la placenta este totalmente funcional.

Sintomatología.

Los signos percibidos por la propia paciente mas frecuentes son el dolor abdominal de tipo cólico o en la región lumbar, la hemorragia vaginal acompañada o no de dolores cólicos abdominales o la emisión de materia sólida tisular o de coágulos por la vagina.

⁶³ www.nacersano.org/centro9942.asp
Aborto espontáneo
7/07/2009

Por otra parte algunos de estos signos son frecuentes durante e los primeros meses de la gestación sin que tenga que ir necesariamente seguido de aborto.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento del aborto espontáneo en los primeros meses de gestación incluye un procedimiento para retirar el feto y otros tejidos en caso de que no se eliminen por completo de manera natural. El procedimiento se denomina evacuación quirúrgica del útero o dilatación y curetaje. Se utiliza anestesia porque el procedimiento puede resultar doloroso para la madre. Se dilata la abertura cervical (se abre) y mediante la succión o utilizando un instrumento llamado cureta para retirar todos los tejidos gestacionales del interior del útero (denominados productos de la concepción). Estos tejidos se pueden enviar al laboratorio para efectuar cultivos o pruebas a fin de detectar anomalías cromosómicas o genéticas..⁶⁴

Legrado uterino instrumental.

Es la dilatación del cuello uterino y el uso de un instrumento de metal afilado para raspar las partes uterinas, durante el procedimiento la mujer generalmente recibe anestesia general o regional o sedación intensa o leve, debido a un mayor riesgo de complicaciones. El cuello uterino se abre con dilatadores cervicales. Un instrumento curvo (cureta) se introduce en el útero a través del cuello uterino la cureta se utiliza para raspar delicadamente el revestimiento del útero y extraer el tejido del útero.

Entre las aplicaciones clínicas se encuentran.

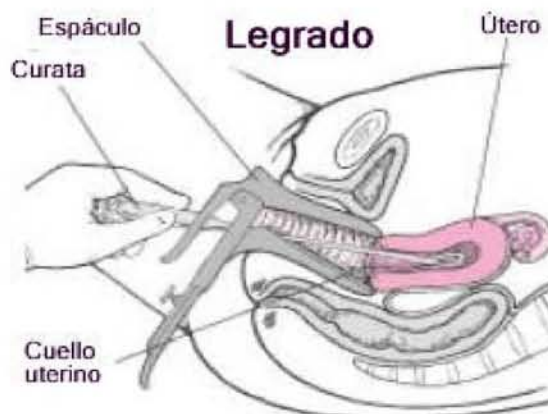
- Tratamiento del aborto incompleto.
- Manejo de sangrado irregular / toma de muestras del endometrio.
- Aborto.

⁶⁴ www.healthsystem.virginia.edu/sp/miscar.cfm

Condiciones para su uso: El legrado uterino instrumental por lo general es efectuado en una sala de operaciones, bajo anestesia general y puede implicar una estancia hospitalaria. Debido a la necesidad de administrar anestesia, el legrado uterino instrumental casi siempre es practicado exclusivamente por un médico capacitado.

Seguridad y eficacia: El legrado uterino instrumental por lo general tiene tasas más altas de complicaciones mayores que la aspiración endouterina, por ejemplo: más pérdida de sangre, estancia hospitalaria más larga y mayor necesidad de administrar anestésicos. Es eficaz en el 99 al 100 por ciento de los casos, al igual que la aspiración endouterina.

Posibles efectos secundarios: Con todos los procedimientos de evacuación endouterina, las mujeres a menudo presentan cólicos abdominales, náuseas que varían de leves a moderadas, vómito, dolor y sangrado parecido al de la menstruación..⁶⁵



Aspiración manual endouterina (AMEU). Es la técnica más segura para practicar un aborto. Se trata de una operación relativamente sencilla que dura aproximadamente 15

⁶⁵ www.ipas.org.../legrado_uterino_instrumental_preguntas_frecuentes.aspx
Legrado uterino instrumental
8/07/2009

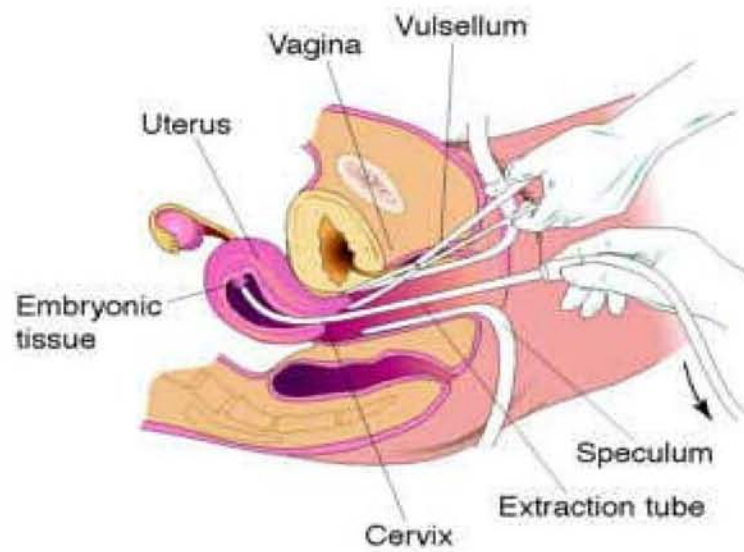
minutos. Generalmente se utiliza anestesia local; sólo en casos excepcionales se utiliza anestesia general. Puede realizarse desde las primeras tres semanas del embarazo y hasta la semana número doce. El procedimiento consiste en dilatar el cuello del útero para introducir en él una cánula flexible, parecida a un popote y aspirar el contenido con una jeringa. El grosor de la cánula y el grado de dilatación, dependen de que tan desarrollado esté el embarazo, pero en general el AMEU requiere un grado de dilatación bajo, por lo que se considera muy seguro. Este método es, además un recurso eficaz para atender las complicaciones derivadas del aborto incompleto o en proceso.

Aspiración mecánica. Este método es similar a la aspiración manual, ofrece las mismas ventajas y es igualmente seguro. La diferencia es que, en este caso, la aspiración se practica por un dispositivo movido por energía eléctrica y puede hacerse hasta las catorce semanas del embarazo. Este procedimiento es el más común en los países donde el aborto se permite a solicitud de la mujer..⁶⁶

⁶⁶ www.html.rincondeluago.com/el-aborto.htm
El aborto
9/07/2009.

La aspiración endouterina

Según la Organización Mundial de la Salud, la aspiración endouterina se suele practicar hasta las 12 ó 15 semanas de gestación, según el instrumental disponible y las habilidades y capacitación del prestador de servicios de salud.



ABORTO INCOMPLETO

