



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PACIENTE DE ABORTO ESPONTANEO

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

DALIA CONCEPCIÓN TZUC POOT

NUMERO DE CUENTA: 407121261

DIRECTOR ACADÉMICO:

LIC ENF FEDERICO SACRISTÁN RUIZ.

MÉRIDA YUCATÁN 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

• Contenido	
• Introducción.....	5
• Objetivos.....	7
• Justificación.....	8
• Metodología.....	9
• Capítulo I. Marco teórico.....	10
• Desarrollo Histórico de la Enfermería.....	10
• 1.2 Conceptos Básicos de Virginia Henderson.....	12
• 1.3 Proceso Atención de Enfermería.....	15
• 1.3.1 Valoración.....	20
• 1.3.2 Diagnóstico.....	24
• 1.3.3 Planeación.....	26
• 1.3.4Ejecución.....	27
• 1.3.5 Evaluación.....	28
• 1.4 Aborto Espontáneo.....	30
• 1.5 Acciones de Enfermería.....	32
• Capítulo II. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	
• 2.1 Presentación del caso clínico.....	36
• 2.2 Perfil del paciente.....	37
• 2.3 Diagnósticos de enfermería.....	48
• Capítulo III. Planeación, Ejecución y Evaluación.....	50
• Conclusiones.....	64
• Sugerencias.....	65
• Referencias Bibliográficas.....	66
• Glosario.....	68



Mí táctica es mirarte

Aprender cómo eres,

Quererte como eres.

Mí estrategia es que

Un día cualquiera,

No sé cómo, ni sé,

Con que pretexto,

Por fin me necesites.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por haberme otorgado esta vida que es un parpadear en el cual aprendemos a reír, llorar, querer, odiar, y más y sobre todo a darnos a otro ser humano.

A mi querida madre que ha sabido comprenderme en los momentos adecuados de mi existencia y de una y otra me ama por sobre todas las cosas de este mundo y el hecho de ser mi madre.

A mis queridas e inolvidables amigas que paso a paso han visto mis derrotas y mis triunfos y me han dado su hombro para llorar y sus manos para seguir nuestro camino sin voltear hacia atrás.

****Cuando mi cuerpo se desvanece, mi alma empieza a vivir intensamente****

INTRODUCCION:

El aborto espontáneo o natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. La pérdida de sangra materna disminuye la capacidad de transportar oxígeno tanto a la madre como al feto y es así como se predispone al binomio a ciertos riesgos. Los signos vitales que la madre puede presentar son hipotensión, piel fría y húmeda, palidez tegumentaria, debilidad generalizada, sangrado constante y abundante³

Antes de un aborto, la mujer habitualmente sufre pérdidas de sangre poco cuantiosas o tiene una hemorragia más evidente junto con secreción vaginal. El útero se contrae y la mujer siente calambres, si el aborto continúa, la hemorragia, la secreción y los dolores aumentan. Al final o parte del total del contenido del útero puede ser expulsado, en las primeras fases del aborto la ecografía puede determinar si el feto sigue con vida, después de la pérdida del feto, esta pruebas y otras pueden utilizarse si la expulsión del contenido del útero ha sido completa³.

Este ocurre generalmente 2 o 3 semanas de la muerte del embrión al producirse zonas de necrosis e infiltración en el sitio de implantación embrionaria; la expulsión del contenido uterino se realiza debido a las contracciones del útero y la dilatación cervical⁷

El siguiente proceso de atención de enfermería se elaboró con la finalidad de identificar las principales necesidades que presenta la persona con **aborto espontáneo** para brindarle los cuidados asistenciales que permitan disminuir los daños y la prevención de ellos, esta con el propósito de conservar la vida y su reintegración a la sociedad.

Así mismo el proceso de atención es de suma importancia para la aplicación de nuestros conocimientos científicos, profesionales y humanos. Apoyándonos con nuestras actividades dependientes e interdependientes, al unir todos estos recursos nos garantizara nuestra misión como profesionales que es la conservación de la vida

Este proceso presenta los objetivos que permiten delimitar el tema, se aborda una descripción breve de la persona para desarrollar este proceso el cual se ha dividido en capítulos.

Primer capítulo: Incluye el marco teórico, donde se describe el desarrollo, definiciones y concepto de enfermería y los conceptos básicos del modelo de V. Henderson; así como las características del proceso de enfermería. También se describe todo lo relacionado con el aborto espontáneo, y sus complicaciones de igual manera temas relacionados, así como las actuaciones y cuidados de enfermería en ésta patología.

Segundo capítulo: Incluye la valoración de enfermería y los diagnósticos de enfermería.

Tercer capítulo: Contiene el plan de atención de enfermería.

Para finalizar se mencionan las conclusiones, sugerencias, las referencias bibliográficas y anexos.

OBJETIVOS:

- Identificar las necesidades básicas para la construcción de los diagnósticos de enfermería y proporcionar cuidados individualizados al paciente.
- A través del PAE elaborar un plan de atención de cuidados especiales para la persona que presenta aborto espontáneo para limitar el daño, conservar la vida y su pronta reintegración a la sociedad en todas sus esferas.
- Contar con un instrumento para presentar el examen profesional.

JUSTIFICACION

La realización este proceso de enfermería con una persona de aborto espontáneo tiene como finalidad valorar la importancia de las intervenciones y resoluciones con un enfoque humanista y de alta calidad hacia la persona y su entorno para la obtención de buenos resultados en su bienestar.

Podremos hacernos un juicio clínico sobre la persona que nos permitirá actuar de una manera eficiente a través del cuidado específico.

Con esto el pasante de enfermería cuenta con una herramienta importante para el planteamiento, ejecución y valoración de los procedimientos y conocimientos adquiridos durante su formación.

METODOLOGÍA

Selección de la persona en la unidad de de ginecología.

Revisión, selección y análisis de bibliografía referente al aborto espontáneo con hemorragia

Elaboración de un diseño del PAE, que incluya todos los elementos necesarios para proporcionar atención de enfermería técnica y científica.

Valoración: Se llevó a cabo a través de la observación, entrevista, historia clínica y examen físico para seleccionar los problemas prioritarios.

Diagnósticos: Se elaboraron siguiendo la metodología del formato PES con previa jerarquización.

Planeación: Se planearon todas las actividades que se realizaron en el PAE, incluyendo la jerarquización de los diagnósticos encontrados, los objetivos y las intervenciones de enfermería.

Ejecución: Se realizaron todas las actividades planteadas de acuerdo a los problemas detectados.

Evaluación: Se observó la evolución de la paciente, la calidad de atención e intervención de enfermería, así como el logro de los objetivos.

Se elaboraron las conclusiones y sugerencias, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos donde también contiene el formato de la valoración diagnóstica de enfermería.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 DESARROLLO HISTORICO DE LA ENFERMERÍA

Desde sus raíces la enfermería fue considerada como una ocupación basada en la práctica y conocimiento cotidiano común y otros lo consideraban como sacrificada, sumisa y sin más que dar que las demás.⁴

Tras el paso de los años a la precursora de la enfermería Florence Nightingale se le atribuyó la profesión de enfermería basada en sus aportaciones y su constante educación que la caracterizó. Al término de la guerra de Crimea se crea la primera escuela de enfermería en la cual se marca el inicio de la formación profesional en el campo de la enfermería con un grado más elevado de formación y de responsabilidad.

Conforme va transcurriendo el tiempo las enfermeras toman nuevas enseñanzas con base al comportamiento de cada humano y empiezan a dar cuidados psicológicos y de igual manera se empieza a dar otro nombre al paciente y este será el de cliente esto se da a mediados de 1940⁴.

En el siglo XX la enfermería toma una actitud compleja en el área de la salud, poseedora de gran impacto social, tiene constantes avances en sus funciones para satisfacer las que se imponen al cliente en este mundo constante de cambios y de nuevas apariciones de enfermedades. Ahora la enfermería es vista como una ciencia aplicada y caracterizada por tener formación teórico-práctica y que esto permite desempeñar actividades de investigación, docente, asistencial y gestora⁴

En la actualidad la atención que proporciona la enfermería está basada en el cliente y su entorno y tratar de solucionar los problemas o acontecimientos primordiales que se van presentando los cuales pueden poner en riesgo su salud y su integridad física y emocional con acciones científicas, disciplinadas,

humanistas, sin distinción alguna mediante un proceso metodológico de atención adecuada.¹

Definición de enfermería:

Enfermería:

La función específica de la enfermera es ayudar a las personas, enfermas y sanas, a llevar a cabo las actividades que contribuyen a la salud, y al a recuperación de este y tener una buena muerte, actividades que las personas podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. También han de hacerlo de tal que ayuden a los clientes a ser independientes lo más rápidamente posible⁴.

Persona o cliente

Un ser integral completo e independiente que tiene varias necesidades fundamentales en este caso nos enfocaremos a la escala de necesidades de Henderson : Respirar con normalidad, comer y beber adecuadamente, eliminar los desechos del organismo, descansar y dormir, seleccionar vestimenta adecuada, movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, mantener la temperatura adecuada, mantener la higiene corporal, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones, ejercer culto a Dios acorde con la religión, trabajar en una forma que se sienta realizado participar en todas las formas de recreación y ocio, estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Entorno

El conjunto de las condiciones y factores externos que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo².

1.- Antología Obstetricia II Universidad Autónoma de México 2008

2Cuidados intensivos de enfermería D.Urden Linda.

3.-Enfermeria Materno Infantil Burroughs Arlene.

Salud

Vista en términos de la capacidad de un individuo de llevar a cabo los 14 componentes de los cuidados de enfermería sin ser atendido, la salud es una cualidad vital básica para el funcionamiento humano y exige dependencia e interdependencia. Es la calidad de vida más que la vida misma lo que permite a las personas trabajar de la forma más eficaz y alcanzar su más alto nivel posible de satisfacción. Los individuos conseguirán o conservarán la salud si tienen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios⁴.

. 1.2 CONCEPTOS BASICOS DE VIRGINIA HENDERSON

Antes de hablar de Virginia Henderson es digno de respeto de reconocer a cada una de las personas que aportaron su esfuerzo, amor, constancia y dedicación a la enfermería le han dado un importante impulso para ser reconocida con respeto y como una profesión importante que va mas allá de los cuidados hacia las personas.⁵

Virginia Henderson nació en Kansas city Missouri en 1887, durante la primera guerra mundial desarrollo su interés por la enfermería. En 1918 ingreso al Army School of Nursing de Washington, en 1921 se graduó y al año siguiente empezó a enseñar enfermería y de dio cuenta que aun le hacían falta conocimientos, en 1929 trabajo como directora en las clínicas de Nueva York, 1930 fue miembro de Teacher College para impartir cursos sobre el proceso analítico de la enfermería; 1948 tomó conciencia de la importancia de que el enfermo recobrará su independencia⁴.

Henderson define a la enfermería como: un arte y una ciencia que tiene un papel estelar tanto en prevención como el establecimiento de la salud así como evitar lo más posible al paciente padecimientos a la hora de su muerte, o sea quiere decir que la función de enfermería consiste en asistir a la persona en

4.-Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica de B, kozier.

5.-Paginas de internet www.wikipedia.mx

aquellas actividades que contribuyan a su salud y su independencia, nos muestra estas actividades que en si son los componentes básicos de los cuidados de los enfermos como los establece en su escala de 14 necesidades básicas, donde nos enseña de forma sencilla las necesidades fundamentales de cada individuo que son comunes en todos sin importar sexo y edad se encuentra en su obra principal “Principios Básicos de Enfermería” también en su obra establece que la enfermeras tienen funciones propias e independientes se interrelacionan en un grupo médico para un mismo fin⁴

4.-Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Practica. De B. Kozier
5. – Páginas de internet [www. Wikipedia.com.mx](http://www.Wikipedia.com.mx).

También se expresa la salud como: habilidad de la persona para realizar sin ninguna ayuda las 14 necesidades básicas y se hace referencia a la salud positiva refiriéndose a la prevención

Henderson considera a la persona como un ser biopsico-social cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son consideradas como una sola unidad.

Al cliente de enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades, la independencia y/o la muerte pasiva.⁵

1.3 PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistematizado y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma⁴.

Proceso de enfermería o proceso de atención (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes y centrados.

El proceso permite crear un plan de cuidados encaminados a las respuestas humanas, este trata a la persona como un todo, el cual es único y necesita atenciones de enfermería enfocado especialmente a él, y no solo a su enfermedad. El proceso del método científico es la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se puedan ofrecer, desde una perspectiva de enfermería, unos cuidados sistematizados, lógicos, racionales y esto le da a la carrera de enfermería la categoría de ciencia⁴

El proceso es aplicado en la actualidad por las instituciones para atención de los clientes por los resultados favorables y sobretodo en una herramienta de investigación para el profesional de enfermería.

4.- Fundamentos de enfermería Conceptos, Proceso y Practica de B. Kozier

5- Páginas de internet [www .wikipedia.com.mx](http://www.wikipedia.com.mx)

Ventajas:

El proceso de enfermería beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente. Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de sus clientes. Los (as) enfermeros (as) tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores⁴

Características:

El proceso es clínico y continuo que puede culminar en cualquier etapa si es resuelto el problema. Es único para el cuidado de los problemas de los pacientes, su evaluación se lleva a cabo mediante los posibles cambios en la realización de los mismos ya que las necesidades de los pacientes o también llamados clientes cambian durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o empeoramiento de su estado de salud. De igual manera el proceso está enfocado a atender las necesidades fisiológicas además las de seguridad, protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización⁴.

El proceso de enfermería no es algo extraño o inusualmente complejo sin darnos cuenta utilizamos este método diariamente.

Los beneficios que nos brinda el PAE son:

*constituye un método organizado para proporcionar cuidados.

*permite una mejor atención.

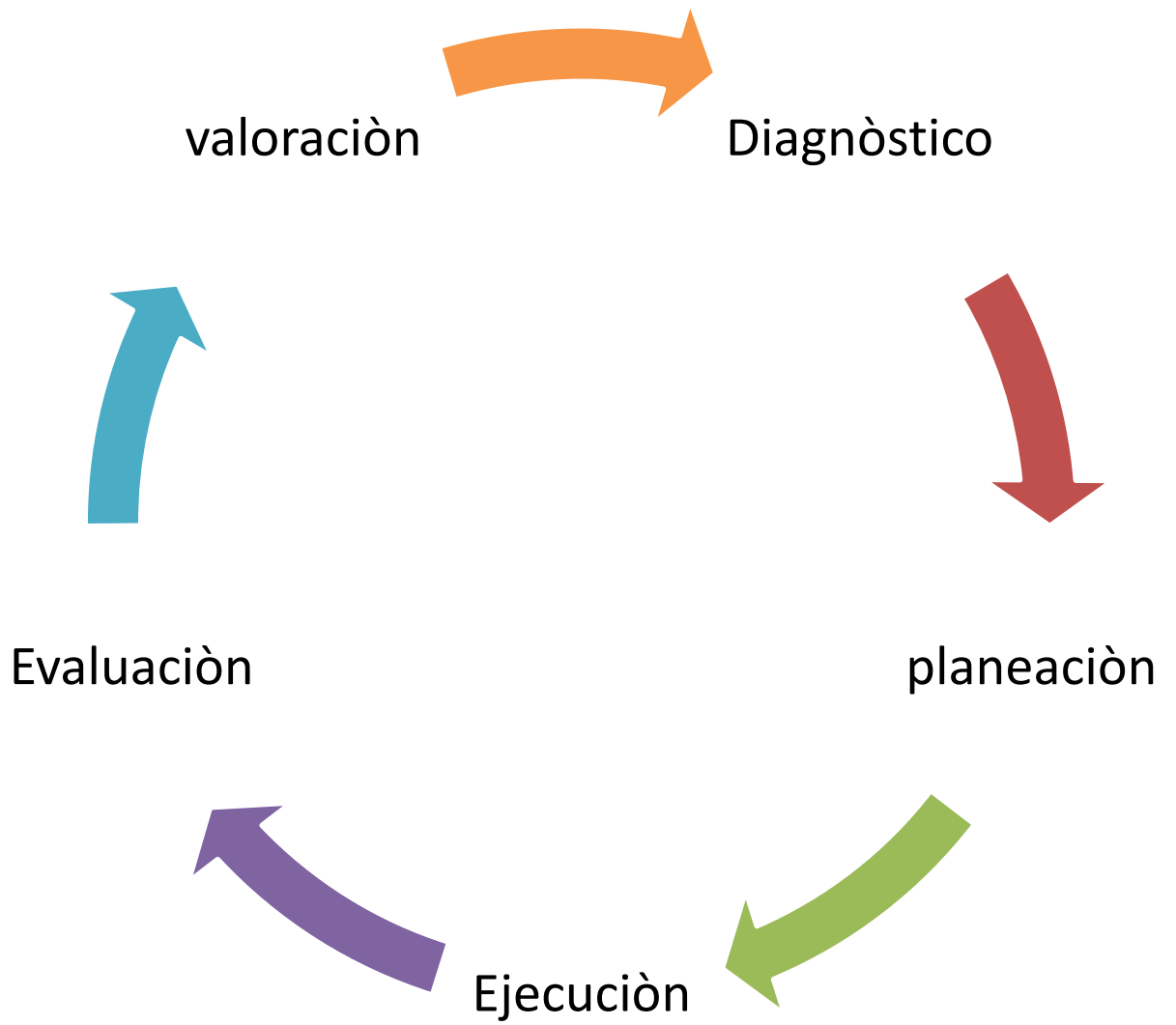
* Se centra en la respuesta humana del paciente o cliente.

*favorece la flexibilidad necesaria para brindar atención individualizada.

*sirve de estimulación para el paciente como los que lo rodean.

*aumenta la satisfacción del profesional el cual ejecuta ante su resultado favorable⁵.

FASES:



DIFERENCIA DE UN DIAGNOSTICO MEDICO Y DE ENFERMERIA:

Diagnóstico de Enfermería	Diagnóstico Médico
*Describe una respuesta humana a los problemas de Salud	*Describe una situación patológica o de enfermedad.
*orienta acerca de su recuperación y pruebas de diagnostico que se efectuaran.	*orientados sobre la patología.
*Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería	*Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica
*La mayoría de las veces tiene que ver con la recuperación o respuestas del sujeto de atención	*La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos
*Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos	* aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

1.3.1 VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso atención de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. Debe realizarse antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería “la valoración es una parte de cada una de las actividades que realiza la enfermera por la persona es continuo porque se realiza en todas las fases del proceso y depende de la exactitud y la completa recopilación de datos. La finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente. La respuesta del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud y sobre el aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales⁴.

Métodos de valoración:

1.- Observación:

Es reunir los datos utilizando los 5 sentidos, es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado. La observación comprende la selección, organización e interpretación de datos, se pueden producir errores⁴.

⁴ Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica.

2.- Entrevista:

Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o asesoramiento o tratamiento. Este proceso se emplea en la mayoría de las fases y su propósito principal es la recogida de datos⁴. Y existen 2 sistemas para la realización de la entrevista:

a) La entrevista dirigida:

Es muy estructurada y proporciona información específica, esta es dirigida por la enfermera y establece la finalidad, el cliente responde a las preguntas o de comentar sus inquietudes.

b) La entrevista no dirigida:

Esta es para crear una relación de compenetración, aquí la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas, las charla y el ritmo de la charla, este lo utilizan las enfermeras la utilizan para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.⁴

3. Exploración:

Es un método sistemático de recopilación de datos que utiliza las capacidades de observación (esto es el sentido de vista, el oído, olfato y el tacto); para descubrir los problemas de salud, para llevarla a cabo la enfermera debe utilizar los métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión⁴.

⁴ Fundamentos de Enfermería Conceptos ,Proceso y Practica.de B. Kozier.

a) Visión

Aspecto general (dimensiones corporales, peso total, postura, grado, grado de aseo personal), signos de malestar, de aflicción o tensión emocional, mímica facial y corporal, coloración y lesiones de la piel, alteraciones de los movimientos, etc⁴.

b) Olfato

Olores corporales o de aliento.

c) Audición

Ruidos respiratorios y tonos cardiacos, facilidad para comunicarse, orientación del tiempo y espacio y de si mismo, etc.

1.- Auscultación

Es el proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo y pueden ser directa o indirecta, la directa es cuando se aplica el oído directo al cuerpo, la indirecta: consiste en el uso de un estetoscopio que amplifica los sonidos del interior del cuerpo como son los intestinales y las de las válvulas cardiacas.

2. Palpación

Es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto, para esto se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de terminales nerviosas son altamente sensibles a la discriminación, distensión, táctil este sirve para determinar: textura, temperatura, vibración, posición, tamaño, consistencia y movilidad de los órganos o masas presencia y frecuencia de los pulsos periféricos, sensibilidad y dolor⁴.

3. Percusión

Es un método de exploración en el cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles. Existen 2 tipos de percusión: directa o inmediata y la indirecta o mediata

Directa: la enfermera golpea directamente el área a percutir de 2, 3 y 4 dedos los golpes son rápidos y moviendo la mano solo por la articulación de la muñeca se utiliza para el tórax.

Indirecta:

Consiste en golpear con un objeto que se aplica en el área corporal que se examina.

Historia Clínica: Es un formato sistemático, en forma de cuestionario o lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente, por medio de la entrevista permite a la enfermera establecer una relación con el paciente y su entorno, a fin de obtener los datos más significativos de sus padecimientos, su estado psicológico y social, para definir los problemas prioritarios⁴

⁴ Fundamentos de Enfermería Concepto, Proceso y Práctica de B. Kozier.
2 Cuidados Intensivos de Enfermería de D. Urden Lina

1.3.2 DIAGNÒSTICO

Es la segunda etapa del proceso en esta fase utilizamos habilidades de pensamientos crítico para interpretar los datos de valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente. Es un paso crucial en el PAE todas las actividades precedentes de esta fase se dirigen hacia la formulación de los diagnósticos enfermeros, todas la actividades de planificación de los cuidados que la siguen se basan en ellos. El termino diagnostico se utiliza a menudo para describir tanto un proceso como un producto.⁴

TIPOS DE DIAGNÒSTICOS

1.-Diagnòstico Real:

Es un juicio sobre la respuesta del paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados. Como el patrón respiratorio ineficaz y ansiedad^{4,2}.

2.- Diagnòstico potencial o de riesgo:

Según la definición de la NANDA, es un juicio clínico que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros en situación igual o parecidas⁴.

3.-Diagnòstico de enfermería posible:

Es aquel en que las pruebas de que exista un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnostico posible requiere más datos ya sea para corroborarlo o para refutarlo.⁵

2.- Cuidados intensivo de enfermería de D. urden Linda.

4.- Fundamentos de enfermería Conceptos, Proceso y Practica de B. Kozier.

5.- paginas en internet. www.wikipedia.com.mx

4.-Diagnóstico de salud:

Un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición de un nivel determinado de bienestar a un nivel superior. Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.⁴

Identificación de los problemas

- ✚ Es una respuesta humana a un proceso vital, un acontecimiento o un factor estresante.
- ✚ Es una situación relacionada con la salud que tanto el paciente como la enfermera desea modificar.
- ✚ Requiere que se intervenga para prevenir o resolver la enfermedad o para ayudar a afrontarla.
- ✚ Su presencia o tiene consecuencia un proceso ineficaz de afrontamiento / adaptación a una vida diaria que no satisfaga al paciente.
- ✚ Es un estado del paciente no deseable.

Los pacientes tienen problemas de diversos tipos algunos son de diagnóstico otros no lo son y debemos ser capaces de distinguir entre ellos.

1.3.3 PLANEACION

Es la fase sistemática y deliberativa del PAE en la que se toman decisiones y se resuelven los problemas. Durante la misma la enfermera consulta los datos de la evaluación del cliente y de los enunciados diagnósticos para orientarse a formular los objetivos del cliente y determinar las estrategias necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del cliente. Es producto de la planificación es un plan de asistencia del cliente; aun que la responsabilidad de la enfermera para que el plan sea eficaz es indispensable la información procedente del paciente y de las personas de apoyo, la enfermera no planifica para el paciente sino que le anima a participar activamente en la medida posible.

Proceso de planificación:

Se comprende de las siguientes actividades:

1.-Establecer las prioridades: Es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. Los problemas de riesgo vital son considerados de prioridad alta.⁴

2.-Establecer los objetivos del cliente /criterios de resultado:

Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado, es resolver el problema especificado en el diagnostico enfermero.

3.- Seleccionar las estrategias de enfermería:

Son actividades que están relacionadas con un diagnostico de enfermero especifico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las estrategias concretas que se eligen deben centrarse en eliminar o reducir la etiología del diagnostico enfermero que es la segunda parte de su enunciado.⁴

El proceso de atención de enfermería (PAE) está orientado por acciones centradas en el cliente y dirigidas a los objetivos. Tras desarrollar un plan de cuidados basado en la fase de diagnóstico y valoración, la enfermera pone el plan en funcionamiento y evalúa los resultados. En base a esta evaluación, se continúa, se modifica o suspende el plan de cuidados².

1.3.4 EJECUCION

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye en la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y la respuesta de los clientes, en esta cuarta etapa la enfermera continúa recogiendo datos.⁵

Esta fase incluye:

- Una nueva valoración de la persona:

Se realiza a través de todo el proceso siempre que la enfermera tenga contacto con el cliente, justa o antes de la ejecución, se valora de nuevo si la intervención sigue siendo necesaria, aunque exista una orden en el plan de cuidados la situación o estado del cliente pudo haber cambiado⁴.

- Determinar la necesidad de cuidados de enfermería:

Al ejecutar alguna estrategia la enfermera pudiera necesitar ayuda con uno de ellos.

- Ejecutar las estrategias de enfermería:

Tras valorar al nuevo cliente y determinar la necesidad de asistencia se ejecutan las estrategias planeadas y de igual manera estas suelen incluir: cuidar, ayudar, enseñar aconsejar, etc.

2.- Cuidados intensivos de enfermería de D. urden linda.

4.-Fundamentos de enfermería Conceptos, Proceso y Practica de B. Kozier.

5.- página de internet. www.wikipedia.com.mx.

- Comunicar las acciones de enfermería:

Se completa la fase de ejecución registrando las intervenciones así como las respuestas del cliente en las notas evolutivas de enfermería, las acciones de enfermería no deben registrarse anticipadamente ya que se puede determinar, al valorar de nuevo al cliente que la acción no debe o puede ser ejecutada⁴.

1.3.5 Evaluación

Es la quinta fase y última del proceso de enfermería, es una actividad planeada, continua y con objetivos en que los clientes y los profesionales sanitarios determinan:

- a) El proceso del cliente referido a la consecución del objetivo.
- b) Eficacia del plan de cuidados de enfermería.

La evaluación puede ser:

*continua: se realiza durante o inmediatamente de ejecutar una orden de enfermería y permite realizar modificaciones puntuales³⁴.

* Intermitente: se realiza a intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite corregir cualquiera deficiencia así como modificar el plan de cuidados en función de sus necesidades.

4.-Fundamentos de enfermería Conceptos ,Proceso y Practica. De B. Kozier.

* Final: Indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de objetivo y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.

Evaluación de las respuestas del cliente:

* Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizara para determinar la consecución de objetivos.

* Obtener datos relacionados con la evolución esperada.

* Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han cumplido los objetivos.

* Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente.

* Obtener conclusiones sobre el estado del problema.

* Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

1.4 ABORTO ESPONTANEO

Es aquel en el que no intervienen ningún factor intencional de interferencia.

Etiología:

Ocurre generalmente de 2 o 3 semanas después de la muerte del embrión al producirse zona de necrosis e infiltración en el sitio de implantación embrionaria, con lo que se inicia su desprendimiento parcial o total. La expulsión de contenido se realiza debido a las contracciones del útero y la dilatación cervical.⁷



Casi todos los abortos espontáneos se deben a: anomalías cromosómicas. También son causa frecuente los fármacos teratògenos, la implantación defectuosa debida alteraciones del aparato genital.¹

Los abortos se definen clínicamente en función de los síntomas y si los productos fueron retenidos o expulsados totales o parcialmente.³

Signos y síntomas

- ✚ Sangrado en cantidad escasa o abundante.
- ✚ Sangrado rojo y puede que ser oscuro cuando queda retenido en la vagina.
- ✚ El sangrado es indoloro o puede acompañarse de dolor tipo cólico en hipogastrio y en ocasiones se irradia a la región lumbosacra.
- ✚ El sagrado y el dolor pueden aumentar.

- ✚ El orificio externo y canal cervical se encuentran con cierto grado de dilatación.^{7,3,1}

La conciencia suele estar intacta, las constantes vitales son normales, la piel se puede encontrar fría, el tono muscular es bueno, en ocasiones no desaparece de la deambulación, con afección del sentimiento manifestada por llanto inconsolable, y de rechazo hacia los demás o lo contrario ausente.⁷

DIAGNOSTICO

- ✚ Presencia de sangrado.
- ✚ Presencia de dolor tipo cólico localizado en hipogastrio y en ocasiones irradiado en sacrolumbar.
- ✚ Modificaciones cervicales.
- ✚ Exploración con espejo vaginal para la visualización de la cérvix.
- ✚ USG abdomino-pélvico para corroborar el diagnostico.
- ✚ Clínica.

TRATAMIENTO

- ✚ La paciente es hospitalizada.
- ✚ Se procede a tener vía permeable para la reposición de líquidos.
- ✚ Proceder a una intervención quirúrgica un LUI.
- ✚ Vigilancia de signos vitales.
- ✚ Vigilancia de sangrado transvaginal.
- ✚ Toma de BH y Rh.
- ✚ Aplicación de oxitócicos durante el legrado.
- ✚ Reposo absoluto en cama.
- ✚ Administración de antibióticos y analgésicos.
- ✚ Proporcionar apoyo psicológico.
- ✚ Vigilancia signos de hemorrágicos y choque.

1.-Antología Ilustrada Universidad Autónoma de México .Edición 2008
3.- Enfermería Materno Infantil Burroughs Arlene.
7.-Obstetricia Ilustrada Héctor Mondragón Castro

PRONOSTICO: Con el tratamiento adecuado el desenlace es favorable, pero en ocasiones la falta de atención y de conocimiento son fatales.

1.5 ACCIONES DE ENFERMERIA

Las acciones de Enfermería son aquellas realizadas específicas y que van dirigidas a ayudar al cliente a lograr los resultados esperados. Para eso se elaboran acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.⁴

Hay 2 tipos de prescripciones para el tratamiento del cliente y son:

- ✚ Prescripción enfermeras: Son aquellas en la que la enfermera(o) pueden prescribir independientemente, para que el personal de Enfermería ejecute la prescripción, estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.⁴

- ✚ Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico: representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.⁴

TIPO DE ACCIONES

Independientes:

Son actividades en las que la enfermera está autorizada en emprender sobre la base de los conocimientos y habilidades. Comprende los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia el asesoramiento, los cuidados del entorno y de la referencia a otros profesionales sanitarios.⁵

Derivadas:

Son las que se realizan por orden del médico o bajo supervisión, o bien procesos sistematizados, y estos suelen constituir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas de diagnóstico, tratamiento, dietas y actividad.⁴

Interdependientes:

Son acciones en que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA CON LA PACIENTES DE ABORTO ESPONTANEO

Mantener informados a los familiares: Es importante mantener informado a los familiares ya que esta acción genera un ambiente de confianza y tranquilidad en ellos, al saber el estado de salud actual de la persona.

4.-Fundamentos de enfermería Conceptos , Proceso y Practica de B. Kozier.

5. –Pagians de internet. www.wikipedia.com.mx.

- ✓ Valoración de conciencia: La conciencia es el estado en que la persona se da cuenta de sí misma y del entorno que le rodea. Esto supone que el sujeto está alerta, es decir despierto, y con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para permitirle integrar y responder a los estímulos internos y externos puede hacerse de modo cuantitativo.-Cuantitativa: Se basa en aplicar una escala del nivel de respuesta a diversos estímulos. Nos sirve para obtener una medida, reproducible en posteriores comprobaciones. La más internacional de ellas es la Escala de Glasgow

- ✓ Obtener vía permeable: La terapia intravenosa de fluidos permite al personal médico y de enfermería establecer una línea de apoyo para la aplicación de medicamentos y soluciones parenterales en apoyo del estado físico del paciente.

- ✓ Vigilancia del sangrado vaginal: es de suma importancia la cuantificación del sangrado transvaginal ya que con ello podemos tener la cantidad exacta que se pierde en sangre.
 - ✓ Vigilancia de las constantes vitales: Es de gran importancia ya que las constantes vitales para prevenir o evitar el estado de las constantes y la variación de las mismas.
 - ✓ Mantener en reposo: Este debería de ser dependiendo de la gravedad de la situación en el que se encuentra el paciente o cliente.
 - ✓ Vigilancia de signos de choque: La monitorización constante de los signos vitales se realizarían preferentemente cada hora en la terapia intensiva.
 - ✓ Realizar aseo: La diseminación de microorganismos y de comodidad y de limpieza favorecen a la pronta recuperación.
 - ✓ Aplicación de medicamentos prescritos: Estos colaborar a la diseminación de las infecciones, analgesia y descanso etc.

- ✓ Mantener a la paciente en un ambiente cómodo y tranquilo: Esto ayuda a disminuir el estrés que pueda causar la hospitalización.
- ✓ Prepararla para LUI: Mantener informada a la paciente de los procedimientos a seguir.
- ✓ Proporcionar dieta: Proporcionar una adecuada y verificar la tolerancia de la misma.
- ✓ Informar de su egreso de UTIA: Por la mejoría de su estado de salud y no requiere ya la atención de utia.
- ✓ Informar los cuidados en el hogar: Llevar a la culminación favorable de su tratamiento en su hogar y reconocer los signos y síntomas de alarma.
- ✓ Informar sobre los signos y síntomas de infección: Para evitar complicaciones después de su alta.

CAPITULO II. APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

2.1 Presentación del caso clínico

Patricia García femenina de 28 años de edad ingresa al área de urgencias adulto por presentar aborto espontáneo hace 4 días en su casa y por creer que era su menstruación se solicita IC con ginecología el cual indica realizar ultrasonido abdominopelvico y es pasada al área de quirófano para un LUI por restos placentarios en el área de recuperación presenta sangrado abundante y es trasladada al área UCIA.

Ingresa en área de unidad de cuidados intensivos adulto por presentar hemorragia, se observa aun bajo los efectos de anestesia general, es monitorizada con constantes vitales de: T/A 100/50, FC 83x`, T 38°C, FR 16x`, SAT. 95%, se observa palidez generalizada tegumentaria, llenado capilar lento, piel fría y húmeda, con campos pulmonares sin complicaciones, abdomen blando, con sonda Foley a derivación orina color ámbar, con STV moderado con dolor pélvico y es preparada para instalación catéter central.

Con laboratorios a resaltar de Hb:8 y leucos: 10 y eritro: 3 y los tiempos de coagulación dentro de los parámetros normales se reportan.

Nota: Es ingresada para vigilancia del STV, manejo de dolor pélvico, evitar choque hipovolémico.

2.2 Perfil del paciente

Nombre: patricia García
Edad: 28 años
Lugar de origen: Mérida, Yucatán
Fecha de nacimiento: 24 de Agosto de 1981
Domicilio: Conocido
Escolaridad: tercer grado de secundaria
Religión: Católica # Expediente: 100219

Familiar responsable: Mario Enrique Salazar

Ambiente físico:

Características físicas: Ventilación e iluminación.

Habitación con buena ventilación e iluminación.

Propia (X) Rentada () Prestada () No. de habitantes (3)

Tipo de construcción: block

Domésticos: 1 perro

Servicios Sanitarios:

Agua intradomiciliaria (X) Hidrante público ()

Otros ()

Fecalismo: alcantarillado

Eliminación de desechos:

Control de basura: Recolección. _____

Drenaje: (si) _____ Fosa séptica: (No) _____ Otros: () _____

Vías de comunicación.

Pavimentación: (Si) _____ Colectivos: (Si) _____ Teléfono:(si) _____

Carreteras: (Si) _____ Camiones: (si) _____ Taxi: (si) _____

Carro particular: (si) _____

Recursos sobre la salud.

Centro de Salud: (no) _____ I.M.S.S. (si) _____ I.S.S.S.T.E. (no) _____

Consultorio particular: (si) _____ Otros: seguro de gastos _____

Hábitos higiénicos – dietéticos.

Aseo:

Baño: 2 o 3 veces al día.

De manos: siempre antes y después de ir al baño y comer

Bucal: tres veces al día.

Cambio de ropa personal: de 2 a 3 veces al día.

Alimentación.

Carne: 2 a 3 por semana

Huevos: 3 veces por semana

Verduras: Todos los días

Leche: Todos los días

Frutas: Todos los días

Tortillas: 1 a 2 por sema.

Leguminosas: 1 vez por sema.

Pan: 1 a2 por sema.

Pastas: 3 veces a la semana

Agua: Todos los días

Eliminación:

Horario y características:

Intestinal: Dos veces al día de características normales.

Vesical: Aproximadamente de 3 a 4 veces al día de color amarillo claro

Descanso:

Frecuencia 1 vez al día

Sueño: De las 23:00 hs a la 7:00 A.M.

Diversión y deporte: practica Tenis.

Trabajo: Banco

Otros:

Composición familiar.

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Esposo	30 años	Empleado banco	en \$200 diarios
hija	19 meses	ninguna	ninguna

Dinámica familiar: Buena relación entre esposos.

Dinámica social: reuniones familiares, parques, católicas.

Comportamiento: normal

*Agresiva: no * Indiferente: no * Coherente: si * Negativa: no

* Cooperadora: si * Conflictiva: no * Tranquila: si

Antecedentes personales no patológicos.

*Grupo y Rh: O positivo

*Tabaquismo. No

*Alcoholismo: No

*Fármaco – dependencia: No.

Digestivo:

*apetito normal: si *vomito: no *Meteorismo: *Diarrea: no
*Disminución de apetito: no *Nauseas: no *Distensión: no
*pirosis: no *Dolor abdominal: si *ruidos perist: no
*Disfagia: no *Regurgitaciones: no *Constipación: no
*prurito anal: no

Genitourinario:

Dolor: No. Disuria: No.
Tenesmo: No. Piuria: No.
Poliuria: No. Disuria: No. Dismenorrea: No.
Prurito: No. Leucorrea No.

Características:

Hematuria: No. Esgurrimiento uretral: No.
Glándulas mamarias: Normales
Patología mamaria: No.

Nervioso

*cefalea: no *Aislamiento: no *Inconsciencia: no
*Temblores: no *Insomnio: no *Anisocoria:
*Depresión: si *falta de memoria: no *Midriasis: no
*Ansiedad. si *Miosis

Observaciones: se siente culpable

Músculo esquelético:

Deformidades óseas, articulares y musculares.

*Crepitación: no. *Aumento de peso: no.
*Hipertriosis: no. *Hipertiroidismo: no.
*Mialgias: no. *Polidipsia: no.
*Sudoración: no. *Hipertiroidismo: no.
*Artralgia: no. *Polifagia: no.
*Diabetes: no. *Várices: no.
*Pérdida de peso: si.

Otros: _____

Piel, anexos y Órganos de los sentidos

*Pigmentación: no.	*Dermatosis: no	*Otorrea: no.
*Conjuntivitis: no.	*Epistaxis: no.	*Edema: no.
*Hipoacusia: no.	*Dolor: no.	*Acné: no.
*Turgencia: no.	*Prurito: no.	
*Alergias: no.		

Observaciones: Miedo a no volver a embarazarse.

Antecedentes Gineco – obstétricos.

*Menarca: 13 años	*Pubarca: 13 años	*Duración:7x28
*FPP:	*Gestas: 2	*Abortos 1
*Ciclos: regulares	*FUR: 8 de mayo 2010	*SDG:9
*Paras: 1	*Cesáreas:0	*Control prenatal: no

Prueba de c.u: si (neg)
Duración: hace un año
Dismenorréica: No.
Incapacitante: No.

No. De gestas	Fecha	Parto	Fórceps causa	Cesárea	LUI	Peso del R/n	observaciones
Dos	1. 10 feb-2009	Parto	no	No	no	2950kg	sin complicaciones
	2. 25-junio-2010	No	No	No	si		Retención de restos placentarios tras un aborto espontáneo.

EXPLORACION FISICA

Peso actual: 65kgs.

Estatura: 1.58cm.

Pulso: 83 por minuto.

Tensión arterial: 100/50

Temperatura: 38° C

Respiración: 16 por minuto.

Saturación: 95 %

Inspección

Exploración Física:

Se observa a Patricia que aun continúa bajo los efectos de la anestesia General, con palidez tegumentaria, con lento llenado capilar , con piel fría y húmeda, responde a estímulos externos con lentitud, con pupilas que reacciona con rapidez a los efectos de la luz, con sonda Foley a derivación con producción de orina color ámbar, sin edema de miembros superiores e inferiores, saturando con 95% con puntas nasales a 3 lit. Por min., con catéter periférico de gran calibre (16) y catéter central permeable, con sangrado transvaginal moderado de color rojo sin mal olor, sin edema de miembros pélvicos inferiores.

Palpación

Se palpan mamas blandas, abdomen blando y vientre palpable.

Percusión

Con abdomen presencia de aire.

Auscultación

Campos pulmonares bien ventilados, con ruidos cardiacos normales, con leve presencia de perístasis abdominal.

Problema o padecimiento actual:

- ✚ Dolor pélvico.
- ✚ Sangrado transvaginal.
- ✚ Evitar el estado de choque.
- ✚ Temperatura.
- ✚ Palidez tegumentaria.
- ✚ Corrección de la anemia.

2.3 Diagnósticos de enfermería

- 1.- Dolor relacionado con intervención quirúrgica (LUI).

- 2.- Alto riesgo de choque hipovolémico R/C la pérdida de sangre M/P sangrado transvaginal moderado.

- 3.- Alto riesgo de infección R/C aumento de leucocitos M/P temperatura elevada.

- 4.- Riesgo potencial de anemia R/C con disminución de los niveles de hemoglobina M/P resultados de laboratorios.

- 5.-Alteracion del bienestar R/C miedo a embarazos futuros M/P verbalización.

- 6.-Potencial para favorecer la comodidad R/C el sangrado transvaginal.

- 7.- Alto riesgo de infección R/C con el manejo del catéter central..

Jerarquización de diagnósticos de enfermería:

- 1.-Alto riesgo de choque hipovolémico relacionado con el sangrado transvaginal.

- 2.-Dolor relacionado con la intervención quirúrgica.

- 3.- Riesgo potencial de anemia relacionado la disminución de la hemoglobina.

- 4.-Riesgo potencial de infección R/C aumento de leucocitos M/P temperatura elevada.

- 5) Alteración del bienestar R/C miedo a embarazos a futuro.

- 6) Potencial para favorecer la comodidad R/C el sangrado vaginal.

- 7).-Potencial para favorecer al su alimentación e ingesta de líquidos.

CAPITULO III. PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION

Diagnostico de enfermería 1

Dolor relacionado R/C intervención quirúrgica M/P verbalización.

Objetivo: Disminuir el grado del dolor de la persona.

Actividad de enfermería	Fundamentación científica
<p>*Administración de analgésico (previa indicación médica)</p> <p>*Cambiar de posición frecuentemente.</p> <p>* Vigilar la presencia de signos de dolor (diaforesis, cambios en la P.A., F.C. y respiratoria.</p>	<p>*Estos ayudan a minimizar la intensidad y la duración del dolor, ayudando a la persona a recuperarse prontamente de esa experiencia estresante.</p> <p>*Promover el bienestar para ayudar a disminuir el dolor.</p> <p>*Estos son instrumentos o indicadores del comportamiento que ayudan en la calificación y cuantificación del dolor. La intervención inmediata ante la presencia del dolor ayuda ala persona al recuperarse de esa experiencia estresante</p>
Acciones de enfermería	Fundamentación científica
<p>*Aplicación de AINES</p>	<p>*Fármacos no opiáceos (analgésicos no narcóticos). Incluyen los fármacos asteroideos no narcóticos como la aspirina, paracetamol e ibuprofeno. Tienen efectos analgésicos,</p>

<p>*Explorar con la persona los posibles factores que precipitan o intensifican la percepción del dolor.</p> <p>*Realizar una minuciosa valoración del dolor.</p>	<p>antiinflamatorios. Actúan sobre las terminaciones sobre las terminaciones nerviosas periféricas en la zona de dolor.</p> <p>*La identificación de los posibles factores precipitantes actuales o potenciales ayuda a la persona a evitarlos o minimizarlos (estrés emocional, factores emocionales. Medicación inadecuada para el dolor.)</p> <p>*Una valoración completa es esencial para planear y ejecutar un tratamiento eficaz para el dolor.</p>
---	---

Evaluación

Se logró mitigar el dolor de Patricia.

Diagnostico de enfermería 2

Alto riesgo de choque hipovolémico relacionado con el sangrado transvaginal.

Objetivo: Mantener el equilibrio electrolítico adecuado para la persona

Actividad de enfermería	Fundamentación científica
*Controlar signos vitales cada hora. *Monitorizar la T/A y la FC.	*Los signos vitales son una manera rápida y eficaz de controlar el estado del paciente o de identificar problemas y evaluar la respuesta del paciente o de identificar problemas y evaluar la respuesta del paciente a una intervención. Ofrecen información fundamental acerca de la evolución de la persona. *La hipotensión y un aumento de la frecuencia cardiaca son indicativos de un déficit intravascular de fluidos.

Actividad de enfermería	Fundamentación científica
<p>*Administrar expansores rápidos de volumen.</p>	<p>*Estos son para contrarrestar la hipovolemia de manera que aumenta el volumen vascular y la función tisular (cristaloides).</p>
<p>*Trasfundir Paquete Globular</p>	<p>*Para reemplazar la perdida sanguínea por la hemorragia ya que contiene los hematíes perdidos y la sangre es total.</p>
<p>*Vigilar cantidad y características de sangrado.</p>	<p>*La valoración cuidadosa del peso de las toallas obstétricas. (1gr es igual un1mil.)</p>

<p>*vigilancia de la cantidad y concentración de orina.</p>	<p>*Una orina oscura concentrada y una densidad específica son indicativas de un déficit de líquidos.</p>
---	---

Actividad de enfermería	Fundamentación científica
<p>*documentar en la hoja de enfermería los ingresos y los egresos de la paciente.</p> <p>*administración de vitamina K según prescripción médica.</p> <p>*Medición de la P.V.C.</p>	<p>* facilitando valorar si el balance hídrico del paciente es positivo o negativo al finalizar un período de 24 horas.</p> <p>* La vitamina K promueve la formación de los factores de la coagulación en el hígado.</p> <p>* La interpretación de los datos de la P.V.C. exige tener sumas precauciones cuando se monitoriza la respuesta cardíaca a los cambios del volumen sanguíneo.</p>

Evaluación

El sangrado disminuyo notablemente y se evita caer al estado de choque hipovolémico.

Diagnostico de enfermería 3

Riesgo potencial de anemia R/C disminución de la hemoglobina

Objetivo: Mantener los niveles de hemoglobina adecuados para la persona

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
*Administración de hierro a la paciente.	*el hierro es un mineral que es indispensable para la elaboración de la hemoglobina.
*Proporcionar una dieta rica en hierro.	*Se encuentran en las carnes, pescado, pollo, y vegetales de hoja verde.
*Administración de hierro dextran I.M o I.V.	*Hay una rápida absorción en los tejidos musculares y en intravenosa circula directamente en el torrente sanguíneo.
*Administración de vitamina C.	*Esta vitamina ayuda a la absorción de dicho mineral.
*Administración de PG.	*Es sangre total que contiene los hematíes perdidos.
*Realizar exámenes de laboratorio.	*Para la verificación de los niveles de hemoglobina si son satisfactorias o negativas.

Evaluación.

Se logra mantener los niveles adecuados de hemoglobina corrigiendo la presencia de la anemia.

Diagnostico de enfermería 4

Riesgo potencial de infección R/C con aumento de leucocitos M/P temperaturas altas

Objetivo: Se recupero la temperatura adecuado de la persona

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
*Administración de antipiréticos.	*Las cuales actúan en las terminaciones sensoriales.
*Aplicación de medios físicos.	* Estos por la circulación sanguínea ya que la piel es delgada y al pasar por los sitios de aplicación es transferida.
*Mantener lo mas descubierto a la persona.	*Evitar contener el calor o aumentara la temperatura corporal.
*Monitorizar la temperatura	*Permitirá visualizar la disminución o incremento de la temperatura

Evaluación

Se logra conserva la temperatura corporal adecuada de la persona.

Diagnostico de enfermería 5

*Alto riesgo de infección relacionado con el manejo continuo del catéter central.

Objetivo. Evitar la manipulación y de contaminación del catéter central.

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
<p>*Utilizar guantes, cubre bocas manipulación del catéter central.</p> <p>*Membretar el catéter central, con día de instalación, curación, y turno.</p> <p>*Realizar curación con isodine espuma o con soluciones antisépticas y desinfectante (Excepto microcinta).</p> <p>*Cubrir el catéter central con tegader transparente</p>	<p>*Permite una menor barrera estéril al momento de la curación del c.c., ayuda a disminuir la infección.</p> <p>*Permite tener un mayor control para cada curación que se realizara.</p> <p>* El isodine es una solución Antimicrobiana utilizada como desinfectante y como antiséptico tópico. El uso de esta solución permite reducir los riesgos y complicaciones y prolongar la utilidad del catéter.</p> <p>*Permite visualizar algún signo de infección (secreciones, coloración, temperatura) y mejor protección de la piel de la persona.</p>
Acción de enfermería	Fundamentación científica
<p>*El lavado de manos con jabón antes de la manipulación y curación del catéter central.</p>	<p>*Esto proporciona una fricción enérgica y un arrastre de la flora bacteriana.</p>

Evaluación

No se observaron signos de infección del catéter central.

Diagnostico de enfermería 6

Alteración de bienestar R/C miedo a los embarazos futuros M/P verbalización de la persona

Objetivo: Disminuir el temor a embarazos a futuro.

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
<p>*Proporcionar información de su patología.</p> <p>*Planificar el tiempo para estar disponible para la persona.</p> <p>*Animar a la persona a explorar los grupos de apoyo para los individuos que han sufrido una perdida similar.</p>	<p>*Esto crea un ambiente de confianza.</p> <p>*Hacerse accesible ala persona le permite a este que el profesional de enfermería se preocupa.</p> <p>*Las personas pueden sentirse menos solo cuando pueden hablar acerca de sus sentimientos con los que han experimentado sentimientos similares.</p>

Evaluación

El temor se logra mitigar notablemente.

Diagnostico de enfermería 7

Potencial para favorecer la higiene y comodidad de la persona.

Objetivo: Se logra mantener comodidad de la persona

Acciones de enfermería	Fundamentación científica
<p>*Proporcionar baño de esponja.</p> <p>*El cambio de toallas sanitarias PRN.</p> <p>*Mantener las sábanas limpias.</p> <p>*Cambio frecuente de posición.</p> <p>*proporcionar accesorios de aseo personal (desodorante, cosméticos (maquillaje, labial, etc.).</p>	<p>*Proporciona un nivel alto de salud, además de ser confortable, calmante, de igual manera ayuda a la regulación de la temperatura.</p> <p>*Proporciona una sensación de limpieza y evitar el mal olor y la infección por dejar residuos de sangre.</p> <p>*Estar en cama condiciona la sudoración, humedad y esto hace que la piel se irrite y aparezca picazón (Urticaria).</p> <p>* Es necesario la movilidad para mantener una buena circulación y un buen riego sanguíneo, pues facilita la sensación de bienestar favoreciendo el descanso y una buena función de los órganos; además se evitan las úlceras por decúbito por posiciones prolongadas.</p> <p>*Eleva su nivel de comodidad, de presencia, higiene, y de autoestima.</p>

Evaluación: Se logra la comodidad y la limpieza de la paciente

CONCLUSION:

Patricia fue dada de alta al tercer día de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos, con las constantes vitales dentro de los parámetros normales, sin sonda Foley, con sangrado transvaginal escaso, con una hemoglobina de 12, la infección es tratada sin reaparición de temperatura, el estado de ánimo de Patricia es mejor se logra reducir el temor al próximo embarazo y satisfacer sus necesidades de riesgo y de bienestar en contratas durante en su estancia en el área de CUI de igual manera la señora patricia es capaz de su dependencia total de su persona.

Ahora es visitada por sus familiares y amigos en su habitación de ginecología es verdaderamente sorprendente la inimaginable que los cuidados de enfermería planificados por el PAE den grandes y sorprendentes resultados, ahora la señora patricia goza de salud.

Sin embargo hay que destacar la labor de las (los) enfermeros de cuidados intensivos ya que en ellos recaen la mayor de los cuidados de las personas, es aquí donde ponemos en marcha lo que realmente somos y podemos ser. Con nuestros conocimientos, experiencia, entrega, compañerismo y sobre todo el ser humanista, estas son las actitudes para lograr el éxito.

Porque llegar al éxito no serviría si no es compartido con los demás.

SUGERENCIAS

Concientizar al personal de enfermería que el PAE es un método de atención aplicable en la práctica profesional a través del cual, se proporcionan cuidados individualizados y con sentido humanitario.

Es importante que los profesionales de salud se capaciten continuamente, debido a los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo tanto profesional, como de la comunidad a la que brindan sus cuidados.

Como pasante de la licenciatura la aplicación del proceso de enfermería representa una apertura a nuevos aprendizajes junto con el paciente y su familia, para reforzar creencias y prácticas del salud positiva.

Considero necesario programar cursos de capacitación para la aplicación del proceso enfermero, ofreciendo por el docente una clara y práctica forma de aprenderlo, aplicarlo y enseñarlo.

BIBLIOGRAFIA

1.- Antología “Obstetricia II “

Lic. Jiménez Trujano Laura

Lic. Mendoza Colorado Catalina.

Lic. Montoya Martínez Adelina.

Universidad Autónoma de México 2008.

2.- Cuidados intensivos en enfermería.

D. Urden Linda.

Lough Mary E.

Stacy Kathleen M.

Editorial : Oceano.

Pag.543. 2 Edición

3.- Enfermería Materno Infantil.

Burroughs Arlene.

Leifer Gloria.

Edición: Mcgraw-Hill interamericana.

Pag.760 y Edición 8ta

4.-Fundamentos de enfermería

Conceptos, proceso y práctica.

B. kozier.

G.erb.

K.Blais.

J.M. Wilkinson.

Editorial : Mcgraw-Hill interamericana.

Pagina:1493 Edicion. 5ta 1999

5.-Paginas de internet:

www.wikipwdia.com.mx Virginia Henderson.

www.wikipedia.com.mx proceso de enfermería.

www.wikipediacom.mx salud, persona, entorno.

10 de junio del 2010 18hrs.

6.- Manual Merck

Información básica para el hogar.

Pag.1412

Editorial: Océano.

7.-Obstetricia ilustrada

Héctor Mondragón Castro.

Edición. Trillas 1995.

Pag.751.

Edición: 8va

GLOSARIO:

Aborto: Terminación del embarazo antes de que el feto sea viable (aproximadamente 20 semanas de gestación).

Aborto espontaneo: Terminación del embarazo que ocurre de forma natural.

Amenorrea: Ausencia de menstruación.

Analgesico: Fármaco administrado para aliviar el dolor.

Anemia: Padecimiento causado por un descenso de eritrocitos o de hemoglobina, o de ambos.

Atonía: Falta de tono o fuerza muscular normal.

Embrión: Etapa del desarrollo humano entre la etapas de ovulo a feto, o de la segunda o octava semana de gestación.

Entuertos: Dolor tipo calambre que sigue al nacimiento es el resultado de la relajación y contracción alternas de los músculos uterinos.

Fibrinógeno: Constituyente de la sangre necesario para la formación de coágulos.

Gestación: Lapso entre la concepción y el nacimiento aproximadamente 280 días.

Glucosuria: Presencia de glucosa en la orina.

Hemorragia posparto: Perdida de sangre de 500 ml o más después del parto y hasta el final del puerperio.

Hipotensión: Baja presión sanguínea.

Hipotermia: Temperatura corporal por debajo de lo normal.

Involución: Retorno de los órganos reproductores al estado que tenían antes del embarazo, una vez concluido este.

Loquios: secreción uterina (vagina) que sigue el nacimiento, típicamente durante tres a seis semanas.

Matriz: Término común con el cual se denomina al útero.

Menstruación: Desprendimiento cíclico del recubrimiento uterino.

Obstetricia: El arte y la ciencia de atender a las mujeres embarazadas.

Oxitocina: Hormona producida por la hipófisis posterior que estimula las contracciones uterinas y la secreción de leche de las glándulas mamarias por el reflejo de flujo.

Palpación: Auscultación llevada a cabo tocando y explorando con las manos.

Peristaltismo: Progresión de las contracciones y distenciones musculares similares a ondas que empujan el contenido a lo largo de un órgano tubular.

Proteinuria: Presencia de proteínas en la orina.

Ultrasonido: Uso de ondas sonoras de alta frecuencia que pueden dirigirse, por medio del empleo de un transductor, al abdomen materno.

Vagina: Conducto entre la vulva y el cuello uterino.