



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCRPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

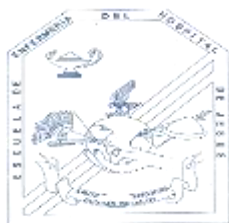
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN ADULTA
JOVEN CON DUELO INADECUADO SECUNDARIO A ABORTO.**

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
DIANA VILLAFUERTE NÚÑEZ

ASESOR:
MTRA. SONIA OSNAYA LUNA



CIUDAD DE MÉXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

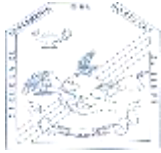


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

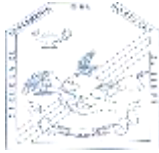
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12





AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
 DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
 REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS (UNAM)
 PRESENTE:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE):
 BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN ADULTA JOVEN CON DUELO
 INADECUADO SECUNDARIO A ABORTO**

Elaborado por:


<u>VILLAFUERTE</u>	<u>NUÑEZ</u>	<u>DIANA</u>	<u>417505756</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta

Alumno de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

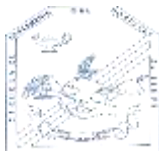
Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México a junio 2 de 2023


 Mtra. Sonia Osnaya Luna
 Nombre y Firma del Asesor


 Dra. Tomasa Juárez Caporal
 Nombre y Firma
 Director Técnico de la Carrera


 ESCUELA DE ENFERMERIA DEL
 HOSPITAL DE JESUS
 CLAVE 3295-12 UNAM
 Sello de la Institución



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



L.E.O. SILVIA BALDERAS BARRANCO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ESCUELA
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
P R E S E N T E:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted el Trabajo Profesional:

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE):
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN ADULTA JOVEN CON
DUELO INADECUADO SECUNDARIO A ABORTO**

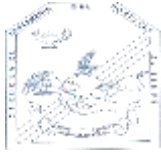
Elaborado por:

DIANA VILLAFUERTE NUÑEZ

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el titulo de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

MTRA. SONIA OSNAYA LUNA



DEDICATORIA

Le dedico el resultado de este trabajo principalmente a Dios, que me ha permitido concluir esta etapa de mi vida y uno de mis más grandes objetivos.

A mi abuelo que desde donde está, sé que está muy orgulloso de mí, y quien fue una de mis más grandes inspiraciones para elegir esta carrera.

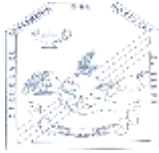
A mi hermana Karen por siempre ser una guía y una inspiración, por siempre creer en mis capacidades y alentarme en los días más difíciles que he pasado.

A mi amiga Daniela, quien fue un gran apoyo emocional durante el tiempo en que realizaba este trabajo, por enseñarme lo que es la amistad y siempre caminar a mi lado en los momentos difíciles.

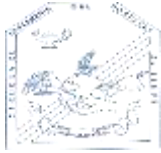
A mis padres que siempre me apoyaron, me alentaron a no rendirme y siempre me tendieron su apoyo incondicional, por siempre creer en mí a pesar de las adversidades y de mis errores.

Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades de la vida sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento. Por darme valores, responsabilidades, amor y una familia unida. Gracias por todos estos años que se esforzaron junto conmigo, por cada oración que elevaban por mí. Todo este esfuerzo que han hecho me ha convertido en la persona que soy hoy.

Gracias por estar en mi vida y en cada paso que doy.



I. INTRODUCCIÓN	
II. JUSTIFICACIÓN	
III. OBJETIVOS	
3.1 General	
3.2 Específicos.....	
IV. MARCO TEÓRICO	12
4.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR	12
4.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	15
4.3. MODELO TEÓRICO DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON.	17
4.4. EL PROCESO ENFERMERO	25
4.5 LA PERSONA. ADULTA JOVEN	42
4.6 ABORTO ESPONTÁNEO	47
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	57
5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.	57
5.2. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA CON EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON	59
5.3. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y RAZONAMIENTO DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	64
5.4. PLANES DE CUIDADO	66
5.5 EJECUCIÓN	80
5.6. EVALUACIÓN	82
5.7. PLAN DE ALTA	83
CONCLUSIONES	85
GLOSARIO DE TÉRMINOS	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	90

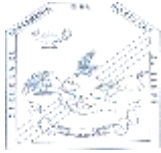


I. INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto está basado en un caso clínico de aborto espontáneo de 12 semanas de gestación en una adulta joven, debido a la mala información y carencia de la misma el producto no llegó a término, teniendo como consecuencia alteraciones en la salud emocional de la madre, entre otras.

Debido a que el aborto espontáneo en México es uno de los problemas más comunes en los embarazos, se decidió abordar este tema para educar a la paciente y al mismo tiempo teniendo como objetivo que la información sea transmitida de persona en persona acerca de los cuidados y las responsabilidades que se deben llevar en la gestación y de esta forma evitar complicaciones y pérdidas en la madre y el producto.

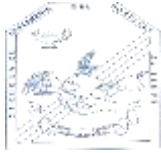
En este trabajo se utilizó el modelo de las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson para identificar las necesidades de la paciente y de esta forma planear el proceso de atención de enfermería, consiste en valorar las necesidades que la paciente requiere en esta situación; así como recalcar que una vez se haya valorado a la paciente, es necesario priorizar cada una de estas necesidades, pues todo lo anterior es esencial para lograr el bienestar físico, mental, espiritual y social de la paciente.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Todo esto se pretende lograr con el apoyo de un grupo multidisciplinario basado principalmente en los cuidados y conocimientos del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria de la paciente, pero también se busca y se desea que una vez que la paciente sea dada de alta, pueda ser canalizada con un psicólogo para su atención; ya que necesita el apoyo de dichos profesionales para superar la pérdida de su producto y de esta manera lograr el equilibrio en sus 4 esferas, logrando una adecuada salud mental y física.



II. JUSTIFICACIÓN

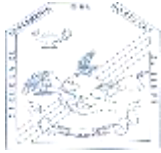
El conocimiento de la reproducción humana ha sido desde siempre un tema lleno de dudas, temores y expectativas, incluso en pleno siglo XXI. En las últimas seis décadas las actitudes y el comportamiento sexual de los jóvenes han cambiado, y tanto hombres como mujeres han iniciado su vida sexual a temprana edad. Lo anterior, aunado a la falta de uso de métodos anticonceptivos, el uso de métodos menos efectivos, o bien, por el uso incorrecto o inconsciente de los mismos; genera embarazos no deseados que en muchos casos finalizan con un aborto.

Por otra parte, es importante señalar que, dentro de la clasificación de los abortos, el aborto espontáneo es uno de los más importantes y comunes; ya que muchas veces las mujeres no llevan un control prenatal y no son informadas de si su condición de salud es o no adecuada para llevar a cabo un embarazo a término.

El aborto espontáneo se caracteriza por la expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas o con un peso de 499 gramos.¹

Más del 80% de los abortos espontáneos se producen en las primeras 12 semanas, cuando menos 50% se debe a alguna anomalía cromosómica. El aborto del primer trimestre suele acompañarse de hemorragia. En estos casos, el óvulo se desprende, lo que estimula una serie de contracciones uterinas que provocan la expulsión.¹

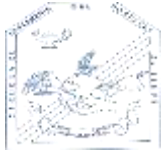
Según “el INEGI el aborto espontáneo es el más común entre las muertes fetales, con 7187 casos lo cual equivale a un 87.2%” .²



Las entidades federativas que presentaron las tasas más altas fueron: Guanajuato con el 9.02%, Aguascalientes 9.01% y estado de México 8.7%. Las tasas más bajas se registraron en Sinaloa 3.5%, Oaxaca 3.7% y Quintana Roo 3%".²

Debido a los datos alarmantes que existen en nuestro país y al aumento de casos que se presentan en las instituciones de salud, he decidido estudiar más a profundidad dicho tema, partiendo desde un caso clínico que llamo mi atención debido a que la paciente tenía mala información acerca de los cuidados que debe de llevarse en las primeras semanas de embarazo, lo cual ocasionó que perdiera a su producto a las 12 semanas de gestación, llevándola a caer en depresión y sentir culpa por no contar con el conocimiento necesario para no poner en peligro su embarazo.

Este proyecto también tiene la finalidad de educar a la paciente en cuanto a los cuidados que debe tener antes de la concepción, y durante la misma, de esta forma después de un periodo mínimo de un año ella pueda planear de forma responsable un nuevo embarazo sin poner en riesgo su vida y la del producto.



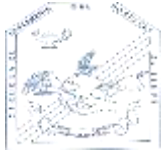
III. OBJETIVOS

3.1 General

- Desarrollar un proceso de atención de enfermería para identificar las necesidades primarias alteradas, bajo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, implementando las taxonomías NANDA, NOC y NIC con el fin mejorar el estado de salud de la persona-

3.2 Específicos

- Identificar y priorizar las necesidades alteradas de la adulta joven.
- Establecer diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades de la paciente adulta mediante la taxonomía NANDA.
- Planificar los cuidados de enfermería que se proporcionarán a la paciente.
- Ejecutar los cuidados de enfermería acorde a las necesidades alteradas.
- Evaluar los resultados esperados de los cuidados de enfermería que se llevarán a cabo.
- Orientar a la paciente sobre su estado de salud mediante la promoción de la salud.



IV. MARCO TEÓRICO

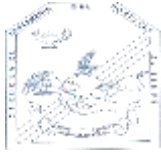
4.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

La enfermería ha evolucionado históricamente en el tiempo, siempre dominada por el cuidado de una persona sobre otra, y se ha convertido en una práctica social que ahora se conceptualiza como una disciplina profesional que enfrenta la función cambiante de encontrar la propia identidad. El objetivo final de esta disciplina es ayudar a alcanzar mayores niveles de salud y bienestar social en un mundo que necesita urgentemente satisfacer sus necesidades biopsicosociales y espirituales.³

En consecuencia, el desarrollo de la enfermería en cuanto a su desarrollo se ha convertido en una actividad que transita de profesión en profesión y de profesión en disciplina, tanto por el desarrollo de su teoría y métodos, por el sentido y trascendencia a que debe responder su práctica, todas las preocupaciones de la sociedad, las necesidades de atención.³

La enfermería es una disciplina intelectual preocupada por el bienestar de los demás, basada en el conocimiento experiencial de uno mismo y otras disciplinas afines, así como el conocimiento ético, personal y estético y las expectativas personales y sociales derivadas de las humanidades, la experiencia y los valores de enfermería.³

La disciplina de enfermería tiene una estructura educativa que apoya la comprensión y el conocimiento de su naturaleza como ciencia de enfermería y sirve de base para su formación académica, práctica profesional e investigación.³



La estructura disciplinaria descrita conforma una estructura lógica organizada que permite una comprensión más amplia de las relaciones que sustentan las dimensiones de la profesión como disciplina.

Estas dimensiones son:

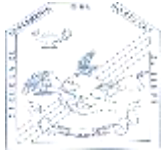
Filosófica epistemológica: El desarrollo de la enfermería está guiado por declaraciones filosóficas sobre la naturaleza humana y las relaciones con el medio ambiente y la enfermería. Un modelo conceptual se define como un conjunto de conceptos y proposiciones abstractos y generales integrados para comprender fenómenos que brindan diferentes perspectivas o marcos de referencia para los conceptos o núcleos identificados con el metaparadigma.

La existencia de diferentes modelos conceptuales refleja las posiciones filosóficas, las orientaciones cognitivas, las tradiciones de investigación y las prácticas de un científico o un grupo de científicos.³

Teórica: Utiliza teorías de enfermería propias y prestadas para comprender teóricamente un conjunto de conceptos interrelacionados que posibilitan la descripción, explicación y predicción de fenómenos de interés disciplinar, convirtiéndose así en elementos esenciales de la práctica profesional en la medida que facilitan la descripción, explicación y predicción.³

Metodológica: Está representado por el proceso de atención y consiste en una serie de actividades de atención organizadas y sistemáticas; consta de cinco fases: evaluación (V), diagnóstico (D), planificación (P), ejecución (E) y evaluación (E).³

Práctica: Es una manifestación objetiva y visible del proceso de formación científica.³



La enfermería es reconocida como una ciencia responsable de la salud humana, y su desarrollo histórico ha pasado de una etapa puramente doméstica sin fundamento teórico a una profesión con una sólida base epistemológica.³

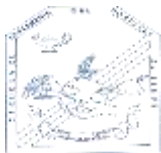
Estos sistemas de conocimiento también han evolucionado a partir de tradiciones relacionadas con el cuidado en la familia, mediante la recopilación de experiencias de observación y el establecimiento de teorías y modelos propios utilizando métodos científicos.³

El individuo es la unidad primaria de observación en la investigación en enfermería. Así, a finales del siglo XX, hubo un auge de los estudios de paradigmas cualitativos con la fenomenología como base metodológica. Nos permite comprender las características del fenómeno a partir de las vivencias de las personas que participaron en sus manifestaciones.³

Entre los métodos de recolección de datos, las entrevistas se destacan por su factibilidad en la investigación cualitativa metodológica. Desde una perspectiva específica, los individuos aportan sus experiencias e interpretaciones de los fenómenos del objeto de estudio.³

Las tendencias actuales sugieren una visión para el proceso de atención que brinda atención holística, universal e intelectual para pacientes, familias y comunidades.³

Las enfermeras merecen un lugar importante en el equipo de salud humana. Como ciencia, la enfermería se basa en principios de la filosofía, la ontología, la epistemología y la ética para reflexionar sobre sus interrogantes:³



- ¿Qué es la enfermería?
- ¿Cuál es su esencia?
- ¿Cuál es su objeto de estudio?
- ¿Cómo abordamos el cuidado de los elementos y objetos anteriores?
- ¿Cuál es su concepto básico?
- ¿Cómo se puede trabajar en enfermería?

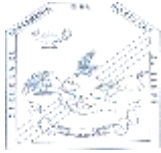
Porque somos conscientes de las preguntas anteriores, somos conscientes de las formas de desarrollar un cuerpo de conocimiento (ciencia-disciplina) y poder funcionar en enfermería (práctica-profesión).³

4.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El concepto de enfermería existe en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florence Nightingale se refirió a él y lo usó para referirse a la ayuda que necesita una persona para vivir o sobrevivir en un ambiente físico o natural relacionado con la limpieza, el aire fresco, el descanso, la buena alimentación y el ejercicio.³

Es claro que el cuidado involucra la acción humana, es por eso que hoy llamamos cuidado humano, que significa implementar valores como el respeto, la libertad, la solidaridad y el amor.³

El cuidado humanizado dado por enfermería debe ser aprendido, cultivado e implementado, ya que es evidente que los gremios disciplinares han llegado a un acuerdo total sobre la enfermería como objeto de investigación más que expresar cómo la enfermería se brinda a las personas concebidas y no nacido.¹⁴



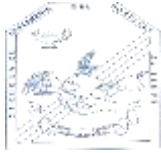
Desde una perspectiva humana, el cuidado involucra comportamientos individuales y culturales, ya que las personas perciben y experimentan comportamientos y actitudes de cuidado o descuido, de acuerdo con su entorno cultural familiar, por lo que es imperativo que las enfermeras sean conscientes de la diversidad cultural de las personas a las que atienden a planificar cuidados consistentes destinados a mantener o restaurar su salud, bienestar o enfrentar la muerte de manera cómoda. ¹⁴

Si volvemos a lo mencionado por Colliere, entonces el cuidado que brindan las enfermeras no es homogéneo, depende de la condición de los sujetos, de los recursos y conocimientos a su disposición, por lo que las enfermeras pueden determinar el tipo y las características del cuidado. ³

Los mismos autores hicieron una distinción en la naturaleza del cuidado según funciones vitales, tales como³:

Care: cuidados habituales y ordinarios relacionados con las funciones de protección, continuidad de la vida, que presentan todos los cuidados continuos y cotidianos, cuya única función es sostener la vida, reponer energías en forma de alimentos o agua, calor, luz o de naturaleza afectiva o psicosocial. ³

Cure: Atención terapéutica que se ocupa del tratamiento de todas las necesidades que interfieren en el vivir, remueve obstáculos, limita las enfermedades, ayuda a estabilizar los procesos degenerativos, considera a las personas como un todo cuyo modo de vida está determinado por su grupo, su cultura y su estilo de vida y ambiente. ³



Desde el punto de vista profesional, la enfermera es el objeto del conocimiento de enfermería y la norma básica que la distingue del campo de la salud.³

La enfermería es un cuerpo de conocimiento teóricamente práctico, caracterizado por un objeto de estudio o conocimiento, que permite delimitar el área temática para definirla o caracterizarla de tal manera que los miembros de la comunidad científica tengan un mismo objeto de estudio y un lenguaje común.³

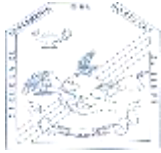
La enfermería como objeto de investigación es muy relevante en la sociedad, porque la misma sociedad demanda y justifica su existencia.³

La enfermería como disciplina debe tener una visión amplia predeterminada de la enfermería profesional, reconocer a otros profesionales y sindicatos como seres activos y trascendentes, y ver a la persona como un todo.³

La enfermería es un arte y una ciencia que puede volverse reflexiva y reflexiva y autónoma a través de las disciplinas enfermeras que integran su práctica, porque sólo así se puede descifrar la complejidad del cuidado humano.³

4.3. MODELO TEORÍCO DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.⁴



Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Entra en el Teacher College de la Universidad de Colombia.⁴

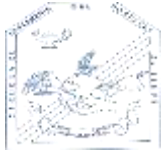
En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, y en 1953 ingresa a la prestigiosa Universidad de Yale, donde desarrolla sus principales colaboraciones en la investigación de enfermería y donde permaneció activa como asociada emérita de investigación hasta la década los 80.⁴

Además de la ya mencionada con Hamer, su obra más conocida es *The Nature of Nursing*, en la que identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería.⁴

Virginia Henderson fue una de las primeras teóricas en incluir el aspecto espiritual del cuidado del paciente. Henderson se preocupó por definir un modelo funcional de enfermería y de esta manera intentó romper la noción puramente técnica y procedimental de la enfermería como una extensión de la práctica médica.⁵

Las enfermeras cuidan a los pacientes realizando actividades destinadas a mantener la salud, recuperarse de una enfermedad o lograr una muerte pacífica. La independencia es un criterio importante para la salud de un paciente.⁵

Define enfermería como “asistir a un individuo sano y enfermo a realizar actividades que promuevan la salud o la recuperación o una muerte



digna. Estas actividades las realiza él mismo si tiene la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarios para ayudarlo a lograr independencia.⁵

Henderson identificó tres niveles de función de enfermería:

- **Sustituta:** La función es compensatoria, aportando lo que le falta al paciente.⁵
- **Ayudante:** Desarrolla intervenciones clínicas.⁵
- **Compañera:** Establece una relación terapéutica con el paciente y actúa como parte del equipo de atención médica.⁵

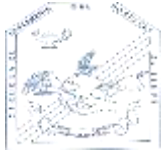
Henderson identificó 14 necesidades básicas que son esenciales para mantener la armonía y la integridad humana. Cada necesidad está influenciada por factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que el paciente debe satisfacer.⁵

Catorce Necesidades Básicas según Henderson:

1. Respirar con normalidad: capacidad de una persona para mantener un nivel adecuado de intercambio de gases con un buen suministro de oxígeno.⁵

2. Comer y beber adecuadamente: capacidad de una persona para beber y comer, masticar y tragar. Asimismo, el hambre y la capacidad de ingerir suficientes nutrientes para utilizar la energía necesaria para las actividades de desarrollo.⁵

3. Eliminar los desechos del organismo: capacidad que tiene una persona de eliminar voluntariamente orina y otras sustancias, asegurando su higiene íntima.⁵



4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: capacidad de una persona para moverse sola o por medios mecánicos, conociendo los límites de su cuerpo. ⁵

5. Descansar y dormir: capacidad de una persona de dormir lo suficiente para sentirse descansada, recargada y rejuvenecida. ⁵

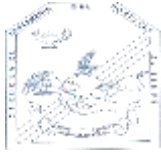
6. Seleccionar vestimenta adecuada: capacidad de vestirse y desvestirse, así como de elegir y comprar ropa. También lo es la capacidad y el interés por definir la propia identidad física y mental a través de la ropa. ⁵

7. Mantener la temperatura corporal: capacidad humana para mantener el calor depende de la temperatura del ambiente que lo rodea y reconoce sus limitaciones al respecto. ⁵

8. Mantener la higiene corporal: capacidad de una persona para lavar y mantener la higiene personal y utilizar productos y herramientas para mantener la piel, el cabello, las uñas, los dientes, las encías, las orejas, etc. sería bueno, presente y más en armonía contigo mismo. ⁵

9. Evitar los peligros del entorno: capacidad de mantener y promover la integridad física y mental de uno mismo y de los demás al ser consciente de los peligros ambientales potenciales. ⁵

10. Comunicarse con otras personas: capacidad para relacionarse con otras personas a través de sus aptitudes, gestos y palabras. ⁵



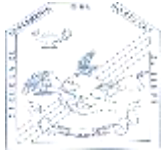
11. Creencias y valores: capacidad de una persona para explorar, comprender y promover sus propios principios, valores y creencias.⁵

12. Ocuparse para sentirse realizado: capacidad de una persona para participar y desarrollar interés en ciertas actividades recreativas o intereses sociales, aumentando así la autoestima, los sentimientos de felicidad y la autorrealización personal.⁵

13. Recrearse y entretenimiento: capacidad humana de distraerse, entretenerse y de superación personal. Además, las personas están interesadas en dedicar su tiempo y energía a actividades (juegos, audiovisuales, etc.) que no estén relacionadas con problemas personales y así obtener algún tipo de satisfacción personal.⁵

14. Aprender: capacidad que tiene una persona de aprender de otras personas nuevas capacidades o conocimientos. Asimismo, la capacidad de adaptación a los cambios y la resiliencia para superar el dolor emocional y las situaciones adversas. El aprendizaje, el descubrimiento y la satisfacción de la curiosidad son parte del desarrollo normal y de alguna manera para ayudar a la salud física y mental.⁵

Los cuidados básicos suplen la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos y voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma.⁵



Independencia: se refiere al estado de poder satisfacer las propias necesidades y desarrollarse plenamente de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y circunstancias.⁵

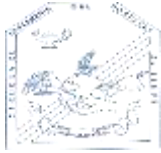
Manifestaciones de independencia: el desempeño o comportamiento del individuo es apropiado, adecuado o suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.⁵

Dependencia: ocurre cuando una persona necesita que otra la ayude, le enseñe qué hacer para satisfacer una o varias necesidades, o tome su lugar por falta de fuerzas, conocimiento o voluntad. Siempre debe haber potencial que se pueda desarrollar a través de los esfuerzos de enfermería. Esto sucede cuando una persona no cuenta con actividades para satisfacer sus 14 necesidades básicas.⁵

Manifestaciones de dependencia: el desempeño o comportamiento de un individuo es insuficiente o inadecuado para satisfacer las necesidades básicas debido a la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.⁵

Autonomía: Capacidades físicas e intelectuales de una persona que le permiten satisfacer por sí misma sus necesidades básicas. Una persona carece de autonomía cuando⁵:

a) Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado la capacidad de realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. El ejemplo clásico es que un niño adquiere algunas habilidades en cada etapa de desarrollo, pero le faltan otras que adquirirá en el futuro, las cuales debe proporcionar temporalmente el cuidador.⁵



b) Incapacidad temporal, permanentemente total o parcial para realizar las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. Esto aplica para pacientes que necesitan ser reemplazados por unos días, o personas que por envejecimiento o algún proceso patológico requieren algún reemplazo y no pueden reparar algún daño.¹⁵

c) Agente Auxiliar Autónomo: Persona (familiar, amigo, enfermero) que realiza determinadas acciones para ayudar a una persona a satisfacer necesidades básicas si ésta carece de las capacidades físicas o intelectuales necesarias.⁵

Relaciones con el paciente en el proceso de cuidar:

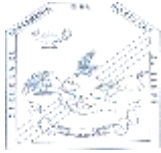
1. Nivel sustitución: El enfermero reemplaza al paciente.⁵

2. Nivel de ayuda: El enfermero realiza las actividades que el paciente no puede llevar a cabo.⁵

3. Nivel de acompañamiento: el enfermero permanece con el paciente y realiza labores de consejería y fortalece el potencial independiente del sujeto, fortaleciendo su autonomía.⁵

Con el equipo de salud:

Será una relación de respeto, de no pertenencia, y todas las funciones de estas personas pueden superponerse.⁵



Al paciente y su familia:

Ambos se implican en el proceso de atención y van cambiando su implicación según las circunstancias que se dan en cada momento. Siempre se trata de lograr la mayor independencia en el menor tiempo posible.⁵

Metaparadigma de enfermería, según la teoría de Virginia Henderson:

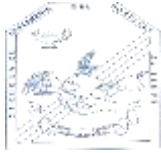
Persona: se refiere al Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.⁵

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está 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.⁵

Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.⁵

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.⁵

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería.⁵



4.4. EL PROCESO ENFERMERO

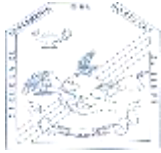
Perspectiva histórica

El concepto del proceso de enfermería ha evolucionado a lo largo de los años, y es bien sabido que en pleno siglo XXI, las enfermeras de algunos entornos sanitarios todavía se centran en lo que hacen según las indicaciones médicas, centrándose más en la enfermedad que en la persona. pero al mismo tiempo, se sabe que algunas organizaciones se dedican a la profesionalización de la enfermería en un sentido más independiente, lo que se refleja en el hecho de que los sindicatos históricamente han iniciado avances en los métodos de enfermería para facilitar su comprensión, uso y, lo que es más importante, para fortalecer su estatus profesional.³

Kozier, propuso el desarrollo de diferentes etapas del proceso de cuidado. Fry sugirió que la atención de enfermería podría ser más creativa al hacer diagnósticos y desarrollar planes de atención individualizados para respaldar una práctica más independiente, en lugar de centrarse en indicaciones médicas.³

Etimológicamente, la palabra método se deriva de la raíz griega meta y/o don. En este sentido, la palabra método significa: "el camino hacia algo", es decir, "tratar de alcanzar una meta o de buscar". Así, un método puede definirse como "un camino seguido de manera reflexiva y deliberada para lograr un objetivo específico a través de una serie predeterminada de acciones".³

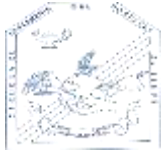
Alfaro, conceptualiza el proceso de enfermería como "una forma dinámica y sistemática de brindar atención."³



En el centro de todos los enfoques de enfermería, el proceso promueve el cuidado humano, está orientado a objetivos (resultados) y es eficiente. También alienta a las enfermeras a examinar constantemente su trabajo y considerar cómo podría mejorarse. “El objetivo principal es desarrollar un marco teórico capaz de satisfacer las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. Esto significa asegurar calidad de atención y calidad de vida.”³

Las fortalezas son las oportunidades que surgen de aplicar el proceso de enfermería a una enfermera o la profesión de enfermería³:

- Satisfacción laboral y mayor crecimiento profesional.³
- Satisfacción profesional: un plan bien escrito ahorra tiempo, esfuerzo y frustración por prueba y error en la práctica de enfermería.
- Promover la continuidad de la atención y crear un entorno de tratamiento seguro.³
- Brinda atención individualizada a través de la participación activa de las personas, proporciona datos para evaluaciones, confirma diagnósticos de enfermería, valida resultados y acciones, ayuda en la implementación y brinda contexto para evaluaciones.³
- El proceso de enfermería muestra el alcance de la práctica de enfermería en relación con su marco educativo y operativo y los roles profesionales.³
- Para promover el crecimiento profesional, el proceso de enfermería promueve el desarrollo de habilidades cognitivas, técnicas interpersonales. El proceso proporciona un marco para cumplir el papel de la profesión de enfermería.³



El proceso de enfermería tiene rasgos fundamentales que lo caracterizan y que deben ser considerados en su enseñanza y aplicación, que dan carácter a este método de cuidar: ³

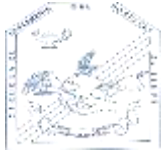
Sistemático: Cada fase se separa con fines instructivos, pero en la implementación cada fase se conecta entre sí para lograr los objetivos del proceso de enfermería. ³

Dinámico: La naturaleza humana puede cambiar en un instante, ya sea emocional, física o social, de modo que cada fase se adapta a las necesidades del individuo, la familia o la sociedad.³

Interactivo: Esta es la base del abordaje del cuidado, y las relaciones profesionales de las enfermeras con el individuo, la familia y la comunidad son muy importantes para individualizar ese cuidado.³

Flexible: Los escenarios de práctica de enfermería actualmente se enfocan en cuatro dominios: enfermería, educación, administración e investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de estos dominios siempre que se cuide al individuo, la familia, la comunidad o ambos. También se debe tener en cuenta otro aspecto, que otorga flexibilidad al método de intervención, ya que sus fases se pueden realizar de forma secuencial y simultánea, es decir, la enfermera (o) puede utilizar varias fases al mismo tiempo. ³

Sustentarse teóricamente: Por las características y etapas del proceso de enfermería, tiene la capacidad de adaptarse al modelo teórico de enfermería. ³



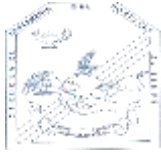
Actualmente, el proceso de enfermería se divide en cinco etapas, separadas con fines didácticos para explorar sus definiciones y los pasos necesarios para aplicarlas, pero en la práctica, la enfermería no tiene fronteras. Como todos sabemos, comienza con la evaluación, pero al mismo tiempo diagnóstica, planifica, ejecuta, evalúa y cada uno se superpone a medida que la persona cambia en relación con el entorno y sus relaciones con la familia, los amigos y el equipo de salud.³

El **proceso de enfermería** está **conformado** por **cinco etapas**, las cuales son:

VALORACIÓN: Es la primera etapa del proceso, la cual debe organizarse y sistematizarse para recopilar información de diversas fuentes sobre el estado de salud de las personas y su entorno. Este se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida en esta etapa.³

La valoración consta de las siguientes fases:

Recolección de datos: desde una perspectiva holística, se refiere a la obtención de información sobre el estado de salud de un individuo, familia o comunidad. Debe reunir las siguientes características: completo, sistemático y organizado, seguir el modelo teórico en el que se basa el proceso de enfermería (necesidades, modelos funcionales, requisitos universales), ya que este orientará las secuencias de recolección de datos, análisis de datos y así facilitar la implementación de otras etapas. Inicialmente dado durante la primera entrevista con la persona, es el punto de partida para identificar problemas individuales o necesidades prioritarias (a), sus hábitos y comportamientos, tratando siempre de ver a la persona de una manera holística.³

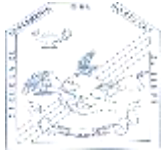


Las preguntas enfocadas incluyen preguntas de identificación específicas; es decir, es una búsqueda de información en una determinada dirección, que puede confirmar o descartar problemas en ciertas partes de una persona (cabeza, estómago, hábitos, sueño, etc.)³

Validación de los datos: Verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste en analizar la información con el fin de identificar las incongruencias. La validación de datos es importante realizarla para evitar la omisión o interpretaciones incorrectas, por eso es necesario³:

- Revisar los propios datos (escala de medición).³
- Solicitar a otra persona que recolecte el mismo dato.³
- Identificar que no existen factores transitorios.³
- Revisar los datos críticos. ³
- Comprobar congruencia entre los datos.³

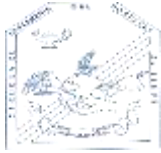
Organización de los datos: Esto incluye poder agrupar de manera significativa los datos en categorías de información donde se pueden ver las relaciones entre ellos y donde se pueden identificar los pacientes y sus problemas de salud reales y potenciales. También es importante considerar el marco teórico que fundamenta el proceso de enfermería; si, por ejemplo, es el modelo conceptual de Virginia Henderson, las representaciones se agruparán según sea necesario; si se basa en la teoría de Dorothea Orem, la organización de los datos se realizará con la ayuda de necesidades comunes.³



Registro de datos: Consiste en informar y registrar los datos obtenidos durante las observaciones, entrevistas y exámenes médicos. Los beneficios de los registros de datos incluyen:

- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo médico.³
- Facilitar la prestación de atención de calidad.³
- Proporcionar un mecanismo para la evaluación de enfermería.³
- Crear un registro legal permanente y convertirse en una base para la "Investigación en enfermería".³
- Cumplir normas.³
- Evitar juicios de valor.³
- Escribir de forma textual lo que el usuario expresa mediante entrecorillado.³
- Evitar tachaduras.³
- Informar situaciones relevantes e importantes.³
- Realizar anotaciones claras, completas y concisas.³
- Escribir con letra clara y con tinta indeleble.³
- Evitar dejar espacios en blanco.³
- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.³
- Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.³
- Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud.³
- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.³

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Es la segunda etapa del proceso de enfermería, una vez identificadas las necesidades del paciente se pasa al siguiente apartado, el cual consta de formular un diagnóstico de enfermería.³



Para la elaboración de los diagnósticos enfermeros se utiliza la taxonomía NANDA. El propósito de la taxonomía NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.³

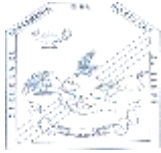
Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:³

- Usar vocabulario común.³
- Identificar los problemas de las personas. ³
- Centrarse en el cuidado.³
- Brindar a las personas una atención de calidad, personal y humanizada.³
- Fomenta el trabajo en equipo.³
- Hacer más prevención.³
- Proporcionar elementos de información.³
- Crear una base para la evaluación. ³
- Hacer más científico y profesional el trabajo de enfermería.³
- Destacar la importancia del papel de la enfermera.³
- Desarrollar conocimientos de enfermería.³

La redacción del diagnóstico de enfermería dependerá del tipo de diagnóstico determinado como resultado de los análisis realizados. ⁶

NANDA 2021-2023 ofrece cuatro formatos diferentes:⁶

1.- Diagnóstico de enfermería para la promoción de la salud: Es una evaluación clínica que aborda las motivaciones y los deseos reconocidos de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad local para aumentar el bienestar y realizar su potencial de salud. Un diagnóstico de promoción de la salud requiere la presencia de características definitorias agrupadas en señales correlacionadas que reflejen



un deseo de mejorar el comportamiento o indiquen la posibilidad de ello en pacientes que no pueden expresar sus deseos.⁶

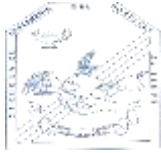
2.- Diagnóstico de enfermería de riesgo: es una evaluación clínica que tiende a afectar adversamente las condiciones de salud reconocidas de las personas o los procesos de vida en un individuo, comunidad, familia o grupo. Para desarrollar un diagnóstico de riesgo, es necesario considerar los factores de riesgo que conducen a una mayor susceptibilidad.⁶

3. Diagnóstico enfermero Enfocado en el Problema: Juicios clínicos sobre respuestas humanas adversas a condiciones de salud reconocidas y procesos de vida para individuos, cuidadores, familias, grupos o comunidades. Las siguientes características deben ser consideradas para diagnosticar el problema: características definitorias agrupadas en indicaciones o patrones de relativa indiferencia y factores de correlación.⁶

4. Diagnostico enfermero de Síndrome: Es una evaluación clínica basada en un conjunto de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y se resuelven junto con intervenciones similares.

Un diagnóstico de enfermería requiere características definitorias claras y factores asociados y/o de riesgo.⁶

PLANEACIÓN: Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería en la cual se llevan a cabo estrategias utilizadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona. Está conformada por cuatro fases:³

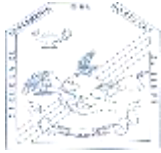


Establecer prioridades: La priorización de la intervención de enfermería se basa en el diagnóstico de enfermería, aquí la identificación del problema saca conclusiones que deben estar enfocadas en las prioridades de enfermería y en las manifestaciones que representan una amenaza para la vida humana, se actúa de inmediato o de acuerdo a la situación. Luego identifique las medidas de prevención de riesgos que existen dentro de la comunidad, el hogar o el individuo. La prioridad se clasifica en alta, media o baja según el escenario en el que se encuentre el individuo y su estado de salud.³

Elaborar objetivos: El establecimiento de objetivos compartidos es una actividad en la que los individuos y las familias priorizan los objetivos de atención y luego desarrollan un plan de acción para lograr esos objetivos. El propósito de documentar las metas y los resultados esperados es proporcionar una guía para las intervenciones de enfermería individualizadas y desarrollar criterios para juzgar la efectividad de la intervención.³

Cualquier meta y formulación de los resultados esperados debe permitir tiempo para la evaluación. El factor tiempo depende de la naturaleza del problema, su etiología, el estado general del paciente y la institución médica. Según Alfaro, las metas describen lo que se espera de las personas, familias y comunidades en términos de fortalezas o debilidades en el cuidado, para lo cual se deben considerar los siguientes principios: qué se espera de las personas (progenitor o cuidadores) después de que se proporciona el cuidado a la persona) verlo.³

- Los objetivos a corto plazo describen las ventajas esperadas de las intervenciones enfermeras (minutos, horas, día, entre otros).³

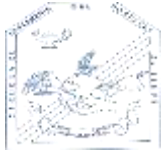


- Los objetivos a largo plazo describen las ventajas que se esperan ver después de haber puesto en marcha el plan (semanas, meses, entre otros).³
- El sujeto del objetivo es la persona a quien van dirigidos los cuidados.³
- Los objetivos se diseñan a partir de los problemas identificados.³
- El registro de los objetivos se anota usando términos mensurables (son verbos que describen exactamente lo que se espera ver u oír cuando haya alcanzado el objetivo), identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, argumentar, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, toser, andar, estar de pie, estar sentado, debatir.³

Determinar los cuidados de enfermería: El cuidado es una actividad dirigida a ayudar a un individuo a pasar de un estado de salud actual a un estado de salud descrito en metas y medido en resultados esperados.

La intervención se divide en intervención independiente e intervención colaborativa. Independientes son todas las acciones que son competencia exclusiva de los profesionales de enfermería y son quienes, con base en su conocimiento y experiencia, toman decisiones que ayuden a resolver el diagnóstico de enfermería o revisarlo en el momento dado.³

Las enfermeras identifican las intervenciones conjuntas o interdependientes requeridas por los cuidadores y las situaciones en las que las enfermeras colaboran con los equipos de atención médica u otros profesionales para tomar decisiones



para mejorar el estado de salud o el estilo de vida. Salud individual, familiar o comunitaria.³

Documentar el plan de cuidados: Después de determinar las intervenciones, se desarrolla un plan de atención que incluye diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluaciones de atención específicas.

Según el plan de cuidados de Potter y Perry .³

- En el plan de cuidados se documentan las necesidades de atención de la persona y comunicar los datos de evaluación, las preguntas y el tratamiento pertinentes a otras enfermeras y profesionales.

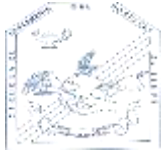
Los planes de atención por escrito están diseñados para reducir el riesgo de atención incompleta, incorrecta o inexacta.³

- Está diseñado para que cualquier enfermera pueda identificar rápidamente las operaciones de enfermería a realizar. ³

- Identificar y coordinar los recursos utilizados para brindar atención.³

- Apoya la continuidad de la atención al describir los pasos necesarios para lograr los objetivos de la atención.³

- Crear intervenciones individuales y familiares.³



- Proporcionar puntos de referencia para poner en práctica los planes y proporciona un contexto para evaluar las respuestas individuales, familiares y comunitarias a las actividades de cuidado.³

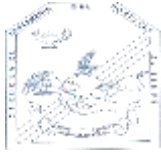
Finalmente, la documentación también es el registro de la enfermera de los componentes del plan de enfermería en un formato específico que guía los esfuerzos de enfermería y los resultados registrados. Los planes de atención se pueden personalizar en función de sus registros.³

EJECUCIÓN: Esta es la cuarta etapa del proceso de enfermería, que se inicia cuando se elabora un plan de cuidados y se enfoca en iniciar las intervenciones de enfermería que ayudarán al paciente a lograr las metas deseadas. Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.³

Consta de **tres fases** que a continuación se describirán:³

Preparación: la preparación incluye asegurarse de saber lo que se quiere hacer, por qué, cómo y cómo reducir el riesgo de daño. Esto significa realizar intervenciones de enfermería con una comprensión completa de las causas y principios involucrados y una observación cuidadosa de las respuestas. Si no obtiene la respuesta que necesita, se le harán preguntas para averiguar qué salió mal antes de continuar. Una vez que sepa lo que no funciona, haga los cambios necesarios y márkelo en el plan de atención según sea necesario.³

La reevaluación incluye un análisis del comportamiento del paciente, características y compatibilidad con las intervenciones de otros profesionales y proporciona un mecanismo para que la enfermera determine si la acción propuesta es



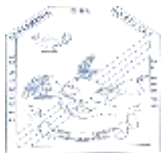
apropiada debido a cambios en el estado de la persona que pueden requerir un cambio en la atención planificada³

La fase de preparación requiere: conocimientos y habilidades, tener en cuenta las complejidades, reunir materiales y equipos, crear un entorno cómodo y seguro para el paciente y delegar la atención. Cumplir con las tareas adecuadas, las personas adecuadas, la comunicación y la evaluación adecuadas. ³

Intervención: Es la implementación del plan de cuidados de enfermería y describe la categoría de conducta de enfermería que asume y completa las actividades necesarias para alcanzar las metas de enfermería y los resultados esperados.³

La implementación convierte la planificación del cuidado en acción. La práctica de enfermería incluye habilidades cognitivas, interpersonales y psicomotoras. Kozier, recomienda que las enfermeras consideren las siguientes estrategias al brindar atención:³

1. La enfermera debe actualizar sus conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos de las actuaciones y de las complicaciones de las actividades. ³
2. El comportamiento de enfermería es individual, se deben tener en cuenta factores como las creencias, los valores, la edad, la salud y el entorno de una persona que pueden afectar el comportamiento de enfermería. ³



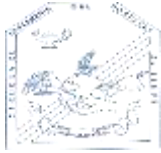
3. Las actividades de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y las personas deben tomar precauciones para evitar lesiones.³
4. Las actividades de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar. Estas actividades de enfermería independientes a menudo aumentan la eficacia de las actividades de enfermería específicas.³
5. La enfermería siempre debe ser holística. ³
6. Las actividades de enfermería deben respetar la dignidad de los pacientes y mantener su autoestima, asegurar su privacidad y alentarlos a tomar sus propias decisiones.³
7. Se alienta a las personas a participar activamente en eventos de enfermería si la salud lo permite. La participación activa puede desarrollar el sentido de independencia y control de una persona.³

Documentación: es un registro de enfermería, en el cual se hacen notas a cerca de la evolución y cuidados que se le realizan al paciente, este es un documento legal y un requisito básico de todos los establecimientos de salud.³

Después de evaluar la atención y la respuesta, el registro debe considerar: evaluación, intervención y respuesta. ³

Alfaro, sugiere que la documentación sirve para los siguientes propósitos:³

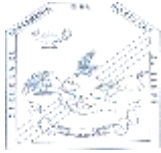
- Comunicarse con otros profesionales de la salud que necesiten saber qué se ha hecho y cómo evolucionan los usuarios.³



- Ayuda a identificar patrones de respuesta y cambios en las condiciones.³
- Crear una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de la atención.³
- Crear un documento legal que luego pueda ser utilizado en la corte para evaluar el tipo de atención brindada.³
- Proporcionar confirmación de pago de los servicios.³
- Los registros deben incluir: fecha y hora, datos de evaluación, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma de la enfermera directamente responsable de la atención individual, domiciliaria o comunitaria.³

EVALUACIÓN: Las evaluaciones miden la respuesta del paciente a las acciones de la enfermera y los resultados esperados identificados durante la planificación. La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, reflexiva y detallada de todos los aspectos de la atención de una persona) es clave para brindar una atención de calidad. Puede marcar la diferencia entre una práctica de enfermería condenada a repetir errores y una práctica segura, eficaz y en constante mejora.

Las evaluaciones también brindan la retroalimentación necesaria para evaluar la satisfacción individual y maximizar el valor de la prestación de atención.³

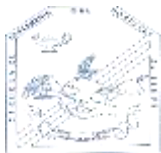


La etapa de evaluación se compone de **tres fases**:

- **Establecimiento de criterios de resultados**: Se expresan en términos conductuales para describir los efectos esperados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son declaraciones de respuestas o comportamientos progresivos que una persona debe seguir y lograr. Una vez alcanzada la meta (resultado esperado), los factores críticos para el diagnóstico de enfermería ya no existen.

Los resultados deben lograrse en un corto período de tiempo (dependiendo del entorno en el que se brinde la atención). La enfermera evalúa la capacidad del individuo para demostrar la respuesta identificada en el comportamiento o el resultado a intervalos específicos para la implementación de la intervención o después de completar todas las intervenciones en el plan de atención. Si la persona logra el resultado deseado, la enfermera puede continuar con el plan de cuidados o detener sus esfuerzos porque se lograron las metas del cuidado, de lo contrario el resultado es parcial o no se logra y la enfermera debe evaluar y revisar el plan de cuidados.³

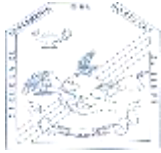
Evaluación del logro de objetivo: el establecimiento de metas se refiere a un comportamiento o respuesta esperada para resolver un diagnóstico de enfermería o mantener una condición de salud. Los objetivos se evalúan después de que la enfermera haya comparado los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando se logra una meta, la enfermera sabe que el esfuerzo ha mejorado con éxito el bienestar del individuo, la familia o la comunidad. Compare los nuevos datos o las respuestas de las personas con los criterios



de resultado para determinar si se han producido los cambios esperados. Para evaluar objetivamente el grado de éxito en el logro de las metas,

Las enfermeras deben seguir los siguientes pasos recomendados por Alfaro: ¿Las metas e intervenciones son realistas y apropiadas para la persona? ¿Se realizaron los procedimientos según lo prescrito? ¿Se detectan pronto los nuevos problemas o efectos secundarios y se realizan los cambios apropiados? ¿Cómo se sienten los pacientes sobre el logro de los objetivos y la planificación de la atención? ¿Qué factores impiden el progreso? ¿Qué factores impulsaron el progreso?.³

Medidas y fuentes de evaluación: estas son habilidades y métodos de evaluación utilizados para recopilar datos de evaluación. Mientras que el propósito de la evaluación es determinar si existen problemas, el propósito de la evaluación es determinar si un problema conocido ha mejorado, empeorado o cambiado de alguna manera. La evaluación incluye la recopilación de datos. La evaluación ocurre cuando los datos se comparan con las metas y se evalúa el progreso de una persona. El propósito de este juicio se basa en la capacidad de analizar críticamente la información presentada y puede conducir a una revisión del plan de atención. Esto significa que se utilizarán el pensamiento crítico y las habilidades analíticas para clasificar los datos y determinar qué hechos adicionales se necesitan para evaluar el progreso del individuo: identificar las variables que afectan el logro de la meta y revisar/finalizar el plan de atención. Finalmente, si el paciente logra todos los objetivos establecidos y no se identifican nuevos problemas, entonces se ha logrado el objetivo de la atención.³



4.5 LA PERSONA. ADULTA JOVEN

Etimológicamente, la palabra adulto proviene del latín "adultus", que significa individuo que ha culminado su proceso educativo, pudiendo entenderse como adulto, es decir, persona que ha completado el crecimiento, entre la adolescencia y la vejez.⁷

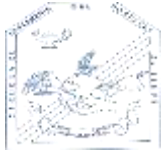
La edad adulta temprana, también conocida como adolescencia o edad adulta joven, es un período entre los 20 y los 40 años en el que los adultos buscan la realización personal en una variedad de áreas, incluido el trabajo, el desarrollo profesional y el desarrollo del conocimiento. En esta etapa de la vida, no es raro que ya exista un equilibrio emocional, por lo que los jóvenes suelen buscar un compañero para compartir sus metas y recibir apoyo para lograrlas.⁷

Enfoque biológico

Una adultez biológica se caracteriza por el total desarrollo anatómico y fisiológico de los órganos, y de su capacidad de funcionamiento, lo que les permite posicionarse en la cúspide de la curva de desarrollo normal.⁸

Durante esta etapa del ciclo vital, una de las primeras molestias que se experimentan son las molestias respiratorias provocadas por una insuficiente exposición al medio ambiente y los cambios bruscos de temperatura y altitud. Otra causa de enfermedad son los pequeños accidentes característicos de esta etapa de la vida, provocados por la energía y fuerza desplegada por los jóvenes.⁸

En cuanto a la función psicomotora, entre los 25 y los 30 años, la fuerza muscular y la destreza manual de una persona están en su punto máximo, por lo que sus



habilidades laborales, artísticas y motrices se utilizan para lograr y beneficiarse de un trabajo o actividad.⁸

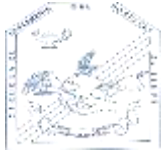
La fuerza muscular, la velocidad de movimiento, la flexión, el movimiento del brazo y la extensión de los dedos alcanzan su punto máximo entre los 25 y los 30 años, lo que permite un desempeño eficiente y la realización de actividades deportivas o recreativas.⁸

Las actividades realizadas en la adultez temprana, relacionadas con la coordinación de movimientos finos y gruesos, reflejan no solo una buena psicomotricidad, sino también una condición física adecuada a la edad. Después de esta edad, la destreza y la destreza comienzan a decaer; la debilidad muscular en la espalda y las piernas y los músculos de los brazos ligeramente debilitados hacen que las personas elijan otro tipo de actividades.⁸

Enfoque psicológico

La definición psicológica de la adultez temprana es algo más compleja, ya que se puede esperar que los adultos hayan alcanzado esta etapa cuando han alcanzado ciertos aspectos como la conciencia moral y ética, así como un desarrollo óptimo de la inteligencia y el control personal. Por otro lado, es importante señalar que la edad adulta psicológica se refiere a una persona que ha superado la infancia y la adolescencia y se está preparando para la vida posterior.⁸

La adultez es, o debería ser, un continuo desarrollo histórico, la individuación del ser y de su personalidad” y luego agregan los autores que los tres



criterios definitorios de la adultez son: la aceptación de responsabilidades, el predominio de la razón y el equilibrio de la persona.⁸

Desarrollo de la personalidad

La teoría de Erikson es una teoría del ciclo de vida del desarrollo humano que postula ocho crisis de vida que las personas deben resolver durante su vida.⁸

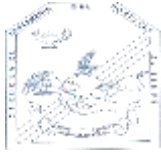
Para este autor, la sexta etapa del desarrollo psicosocial es la intimidad versus el aislamiento, un tema de la edad adulta temprana que se refiere a la necesidad de cercanía con los demás que es central para la crianza y la selección de pareja.⁸

La madurez psicosexual de un adolescente termina con lo que el psicoanálisis llama genitalia, que incluye la capacidad de entablar una relación sexual sana con una pareja amada con la que pueda y quiera compartir la confianza mutua y la regularidad, el ciclo de la maternidad, el trabajo y el descanso para asegurar mejores condiciones de vida y trabajo para las generaciones futuras.⁸

Desarrollo cognitivo

Warner Schaie propuso un modelo de desarrollo cognoscitivo durante todo el ciclo vital, en etapas que marcan las formas de adquisición del conocimiento, durante la adultez temprana se desarrolla las tres siguientes etapas:⁸

- La etapa de logros: comienza a los 19 o 20 y termina a los 30, corresponde al momento en que termina la educación secundaria, por lo que algunos estudiantes continúan sus estudios y otros comienzan la vida laboral, razón por la cual



utilizan lo que saben para lograr competencia e independencia en estas dos áreas de la vida. ⁸

- Etapa de responsabilidad: comienza a finales de los 30 años e inicio de los 60 años, en esta etapa los adultos están preocupados por cumplir sus metas de largo plazo y resolver problemas relacionados con la responsabilidad para con otras personas, como la familia, los compañeros de o la comunidad. ⁸

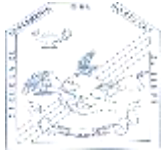
- Etapa ejecutiva: (se da a inicios de los 30 o 40 años hasta los 65 años aproximadamente) El adulto joven promueve cambios y los ejecuta con base en las necesidades. ⁸

Según Jean Piaget, llegar a la edad adulta significa pasar de un estado de equilibrio inferior a un estado de equilibrio superior y posteriormente cambia en función de la evolución de la persona a medida que envejece. ⁸

Desarrollo moral

La esencia de un individuo se obtiene en el proceso evolutivo en las relaciones con los demás, lo que demuestra que la moralidad depende de qué tipo de relaciones sociales mantiene un individuo con los demás. Por eso, también se dice que una persona autónoma se caracteriza por la capacidad de emitir sus propios juicios y adoptar principios. ⁸

Las primeras etapas de la edad adulta corresponden en parte al tercer nivel, que consiste en la moralidad de los principios morales autónomos. En esta era, la verdadera moralidad se logra donde existe un conflicto entre dos paradigmas, creencias o valores socialmente aceptados y un intento de resolución entre ellos. ⁸



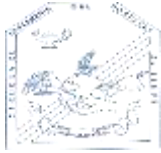
El control del comportamiento es interno y los juicios se basan en principios abstractos y personales. Esta es la etapa de orientación legal o contrato social. El tercer nivel de progreso del razonamiento moral es principalmente una función de la experiencia. La mayoría de las personas suelen alcanzar este nivel a partir de los 20 años. Dos experiencias que motivan el razonamiento moral de los jóvenes son encontrarse con valores en conflicto lejos de casa y asumir la responsabilidad por el bienestar de los demás.⁸

Enfoque social

La vida adulta se manifiesta en tres ámbitos: trabajo, participación social (política y cívica) y responsabilidad jurídica. El hecho importante es que cuando una persona se incorpora a la fuerza laboral, tiene que cumplir con sus responsabilidades.⁸

Un grupo social integrado por personas en la etapa de la edad adulta es un regulador del orden público, que permite a los jóvenes intervenir en los asuntos políticos, otorgándoles el derecho a elegir el poder representativo del Estado. Son jóvenes, enérgicos y bien informados, y son las fuerzas productivas de la sociedad.⁸

Además, dado que muchas leyes permiten que las personas mayores de 18 años se casen sin permiso, están cambiando la sociedad en esta etapa. La mayoría de las personas con estado civil. La dirección, organización, desarrollo y destino general de la vida de una persona depende de la responsabilidad que las personas asuman por sus decisiones. Marca la madurez social. Autoridad social también significa ideología política. Adherirse a ciertas normas de orden económico



y social para orientar su comportamiento cívico, adecuando su comportamiento a los procedimientos normativos existentes, no significa aceptarlos o rechazarlos.⁸

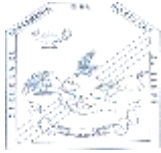
4.6 ABORTO ESPONTÁNEO

Anatomía del aparato reproductor femenino

Los genitales primarios de la mujer son los ovarios, y los secundarios son las trompas de Falopio, útero y vagina; la vulva representa a los genitales externos.⁹

Vagina: La vagina es una estructura fibromuscular tubular de unos 8 a 10 cm de largo. Es la cavidad por la cual se introduce el pene durante el coito, es el órgano reproductor sexual, el canal a través del cual sale la menstruación del cuerpo y el canal para el nacimiento de los recién nacidos. La vagina se sitúa posterior a la vejiga urinaria y la uretra; es anterior al recto. El elemento superior contiene el cuello uterino en una zona que se conoce como fondo de saco. Las paredes vaginales tienen pliegues de tejido membranoso. Estas membranas están formadas por células epiteliales las cuales se encargan de secretar moco. La vagina es húmeda y tienen un pH de 3.8 a 4.2, el cual prohíbe el crecimiento de las bacterias.⁹

Cuello uterino: éste está situado dentro de la vagina y se conecta con el útero. La abertura del cuello uterino se conoce como orificio cervical interno, y la abertura vaginal se denomina orificio uterino externo. El espacio entre estos orificios, ayuda a la salida de la menstruación, así también ayuda a la entrada de los espermatozoides y como canal de parto. El cuello uterino es rígido y está protegido por una especie de moco el cual va cambiando de consistencia y de cantidad durante el periodo menstrual y la etapa gestacional.⁹



Útero: es un órgano hueco llamado también matriz matriz, se encuentra ubicado en la cavidad pélvica posterior y superior a la vejiga y anterior al recto. El útero mide unos 7.5 cm de largo y tiene tres partes principales:¹⁰

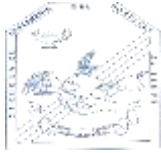
- ✓ Fondo: es una zona de tejido muscular grueso el cual está situado arriba de las trompas de Falopio.¹⁰
- ✓ Cuerpo: pertenece a la porción principal del útero, unida al cuello uterino por el istmo.¹⁰
- ✓ Cuello: es la más estrecha del útero que se abre hacia la vagina.¹⁰

Trompas de Falopio: Las trompas de Falopio, tienen forma cilíndrica, las cuales miden de 8 a 14 cm de longitud. Están unidas al útero por un extremo y son sostenidas por los ligamentos anchos. Los extremos laterales de las trompas de Falopio se encargan de cubrir al ovario. Las trompas de Falopio transportan al óvulo hacia el útero donde se lleva a cabo la fecundación del óvulo por los espermatozoides.⁹

Ovarios: son estructuras aplanadas en forma de almendra situadas una a cada lado del útero abajo de los extremos de las trompas de Falopio. Los ovarios son órganos internos los cuales constituyen un espacio de almacenamiento para las células germinales femeninas; también se encargan de la producción de hormonas tales como el estrógeno y la progesterona.¹⁰

Desarrollo del embrión en los primeros 4 meses de vida:

El primer trimestre de embarazo corresponde del inicio de la concepción hasta la semana 12 de gestación, se lleva a cabo la formación de algunos órganos del feto tales como el corazón, intestinos y el estómago.¹



Primer mes: Al final del primer mes gestacional se empiezan a formar las piernas y los brazos del embrión y el cordón umbilical.¹

Segundo mes: Se forman los ojos del embrión y empiezan a crecer los brazos, piernas y los órganos internos y el cerebro.¹

Tercer mes: El embrión pasa a denominarse feto. Esta etapa el feto comienza a tener forma humana y es a partir del segundo trimestre de gestación (semana 13-27) donde sus órganos maduran y terminan de desarrollarse.¹

Cuarto mes: La bolsa de líquido amniótico mantiene al feto protegido de los golpes y le permite moverse con libertad, girar la cabeza y estirarse. En este mes ya aparecen las cejas y la nariz, el cabello se tona más gruesa.¹

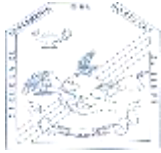
Aborto espontáneo

Definición:

El aborto espontáneo es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación.¹

Epidemiología:

Más del 80% de los abortos espontáneos se llevan a cabo dentro de las primeras 12 semanas de gestación, menos del 50% de los abortos se deben a alguna anomalía cromosómica.¹¹



Etiología:

Alrededor del 50 % de los abortos espontáneos se caracterizan por la ausencia o el exceso de cromosomas. Los problemas cromosómicos son el resultado de errores que ocurren en el momento en el que el embrión se divide y crece.¹¹

Los problemas cromosómicos pueden causar lo siguiente:

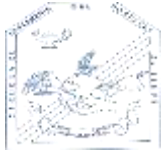
- **Embarazo anembrionado:** El embarazo anembrionado se produce cuando no se forma ningún embrión.¹¹
- **Muerte fetal intrauterina:** En esta situación, se forma un embrión, pero deja de desarrollarse y muere antes de que se presenten síntomas de pérdida del embarazo.¹¹
- **Embarazo molar y embarazo molar parcial:** Un embarazo molar está asociado con un crecimiento anormal de la placenta; por lo general, no hay desarrollo fetal.

Un embarazo molar parcial se produce cuando los cromosomas de la madre permanecen, pero el padre proporciona dos juegos de cromosomas. Un embarazo molar parcial generalmente se asocia con anomalías de la placenta y un feto anormal.¹¹

Los embarazos molares y molares parciales no son embarazos viables. Los embarazos molares y molares parciales a veces pueden estar asociados con cambios cancerosos de la placenta.¹¹

Afecciones de salud materna:

- Edad mayor a 35 años .¹¹
- Antecedentes de aborto espontáneo.¹¹



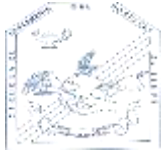
- Tabaquismo.¹¹
- Uso de ciertos fármacos (cocaína, alcohol, altas dosis de cafeína).¹¹
- Un trastorno crónico mal controlado (diabetes, hipertensión, trastornos evidentes de la tiroides) en la madre.¹¹
- Infecciones de vías urinarias persistentes.¹¹
- Anomalías en útero o cuello uterino.¹¹

Clasificación:

El aborto espontáneo se clasifica de diferente forma, como, por ejemplo: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto retenido, aborto séptico, aborto recurrente o habitual también llamado pérdida recurrente del embarazo.¹²

Aborto espontáneo inevitable: Cuando se da la ruptura prematura de membranas existe salida de líquido amniótico, esto se da a que el cuello uterino se ha dilatado, lo cual conlleva a un aborto casi seguro. Si durante las primeras semanas de gestación se da una ruptura prematura de membranas puede conllevar consecuencias graves tanto para la madre como para el producto.¹²

Aborto espontáneo incompleto: Durante el aborto incompleto, el cuello uterino se abre y permite la salida de líquido sanguíneo. En esta fase el producto y la placenta permanecen dentro del útero, antes de la semana diez de gestación el producto y la placenta se expulsan juntos, posteriormente a estas semanas se expulsan de forma individual. Es común que en algunas mujeres sea necesario llevar a cabo la expulsión del producto y la placenta realizando la dilatación del cuello uterino, llevando a cabo un legrado por succión, el cual permite vaciar el útero.¹²



Aborto séptico: Este se da posterior al aborto, el cual se caracteriza por presentar una infección tal como la endometriitis, metritis, peritonitis, septicemia e incluso endocarditis.¹²

Aborto espontáneo retenido: Se caracteriza por la muerte del producto durante la gestación y es retenido por el útero ya se da por días, semanas o meses. El inicio del embarazo se da de manera normal, presentando amenorrea, náusea y vómito, cambios mamarios y crecimiento uterino. Después de la muerte del embrión no siempre aparece hemorragia vaginal u otros síntomas de amenaza de aborto. Con la ecografía es posible confirmar un embarazo anembriónico o la muerte del feto o embrión.¹²

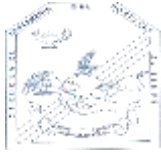
Signos y Síntomas:

Los síntomas del aborto espontáneo incluyen dolor pelviano tipo cólico, sangrado uterino y, finalmente, expulsión vaginal de tejidos. El aborto espontáneo tardío puede comenzar con la salida de líquido amniótico, una vez que las membranas se rompen, teniendo como característica el cuello uterino dilatado, indicando un aborto inevitable. Un cuello uterino dilatado indica que el aborto es inevitable.¹³

Si los restos fetales permanecen en el útero después del aborto espontáneo, puede haber un sangrado uterino después de algunas horas o días lo cual conlleva a desarrollarse una infección.¹³

Diagnóstico:

Examen pélvico: se debe realizar un examen pélvico para ver si el cuello del útero ha comenzado a dilatarse, si hay presencia o salida de líquido amniótico o líquido sanguinolento.¹³



Ecografía. Durante una ecografía, se debe revisar el foco fetal y determinará si el embrión se está desarrollando como debería.¹³

Análisis de sangre: Comprobar el nivel de la hormona del embarazo, la gonadotropina coriónica humana, en sangre y compararlo con las mediciones anteriores.¹³

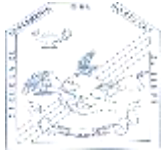
Pruebas de tejidos. Si se desprendió el tejido, se puede enviar al laboratorio para confirmar si ocurrió un aborto espontáneo, y que tus síntomas no estén relacionados con otra causa.¹³

Pruebas cromosómicas. Si has tenido dos o más abortos espontáneos anteriormente, tu proveedor de atención médica puede solicitar análisis de sangre para ti y tu pareja con el fin de determinar si los cromosomas de ambos son un factor.¹³

Complicaciones:

Algunas mujeres que tienen un aborto espontáneo desarrollan una infección en el útero. A esto también se lo llama aborto espontáneo séptico. Los signos y síntomas de esta infección incluyen los siguientes:¹⁴

- Fiebre.¹⁴
- Escalofríos.¹³
- Sensibilidad en la parte baja del abdomen.¹⁴
- Secreción vaginal con mal olor.¹⁴
- Hemorragia obstétrica.¹⁴



Tratamiento:

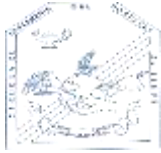
- **Conducta expectante:** Esto se refiere a tratamiento farmacológico si la expulsión fetal no se da de manera individual, esto consiste en la administración de fármacos tales como el misoprostol, entre otros.¹⁴
- **Tratamiento quirúrgico (AMEU):** Este procedimiento quirúrgico consiste en la dilatación del cuello uterino, expulsando por medio de una cánula los restos fetales. Alguna de las complicaciones de este procedimiento puede ser hemorragia uterina o prolapso uterino.¹⁴

Aspiración Manual endouterina (AMEU)

Definición: La aspiración manual Endo uterina (AMEU) es un procedimiento que extrae el contenido intrauterino a través de una cánula conectada a un aspirador portátil que permite crear el vacío manualmente. Algunas ventajas de este procedimiento son la seguridad y eficacia del mismo, así también se caracteriza por ser ambulatorio y el uso de anestesia local, y menos riesgo de complicaciones.¹³

Indicaciones: Está indicado para mujeres embarazadas hasta las 15 semanas de gestación y puede ser utilizado en casos de aborto incompleto, aborto espontáneo, interrupción voluntaria del embarazo, biopsia endometrial e incluso aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de la administración de antibióticos. Debe cumplir requisitos técnicos como tamaño uterino menor a 12 cm y dilatación cervical menor a 2 cm, además, se debe determinar la condición del útero que técnicamente afecta el procedimiento.¹³

Procedimiento: El procedimiento se realiza a través de una jeringa de 6 centímetros, la cual está conformada por 7 piezas, el embolo de esta jeringa genera



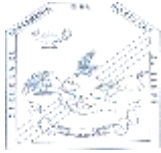
un vacío al ser jalado, las cánulas semirrígidas están enumeradas de 4 a 13 según el grosor en milímetros, tomando como referencia la altura uterina.¹⁴

Una vez que se introduce la cánula y se observa el cérvix se deben administrar 2 milímetros de lidocaína al 1%, tomando como referencia las 12 o las 6 del reloj en el cuello uterino. Posteriormente se deben administrar 2 mililitros en los puntos 2,4,8 y 10 del reloj.¹⁴

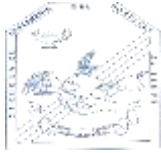
A continuación, se debe comprobar el vacío de la jeringa y se conecta a la cánula, esta debe introducir a través del cérvix con movimientos rotativos hasta llegar al fondo uterino, una vez que se llega al fondo uterino es necesario retirar 1 centímetro la cánula para liberar el vacío, debe girarse la cánula 360 grados en movimientos consecutivos de adelante hacia atrás, tomando como referencia las manecillas del reloj.¹⁴

Posterior a realizar dichos movimientos, se comenzará a observar por medio de dicha cánula los restos fetales. El procedimiento estará completo una vez que haya presencia de espuma roja o de tonalidad rosada, sensación áspera, dificultad para manipular la cánula dentro de la cavidad uterina y haya dolor tipo cólico en la paciente.¹⁵

Para finalizar con el procedimiento es necesario iniciar con la toma de signos vitales cada 15 minutos hasta completar una hora, todo esto con la finalidad de evitar complicaciones como hemorragia uterina o algún otro signo que ponga en riesgo la vida de la paciente.¹⁵



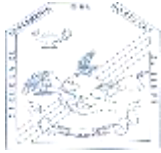
Efectos secundarios y riesgos del procedimiento: Los únicos efectos secundarios al procedimiento son cólicos o sensación de calambres. Se debe considerar que cualquier procedimiento médico conlleva consigo riesgos como una infección, pero si el procedimiento se realiza bajo condiciones salubres, dichos riesgos son mínimos.¹³



V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Historia Clínica de Enfermería.			
Nombre: M. R.M	Fecha: 21 de septiembre 2022	Sexo: Mujer	Estado Civil: Soltera
Fecha de Ingreso: 21 de septiembre 2022	Ocupación: Empleada	Lugar de Nacimiento: Ciudad de México	Lugar de Residencia: Ciudad de México.
Hospital de Procedencia: Hospital Materno Infantil Tláhuac		Diagnóstico Médico: Aborto Espontáneo de 12 SDG más AMEU	
Antecedentes no patológicos.		Antecedentes patológicos.	
Habitación: vive en una casa tipo Infonavit, fauna 2 perros.		Enfermedades de la infancia: Varicela a los 7 años.	
Servicios urbanizados: Cuenta con luz, gas, internet, teléfono, pavimentación, banquetas, alumbrado público		Enfermedades actuales: Enfermedades crónicas negadas.	
Servicios sanitarios: Cuenta con drenajes y agua intradomiciliaria.		Toxicomanías: Negadas	
Hábitos alimenticios: Alimentación inadecuada, ingiera menos de dos litros de agua, rara vez come en la calle.		Transfusiones: Negadas.	
Servicios de salud: Es derecho aviente a la secretaria de salud.		Antecedentes heredofamiliares: <ul style="list-style-type: none"> • Abuela materna: hipertensión arterial • Abuelo materno: hipertensión arterial • Abuela paterna: hipertensión arterial • Abuelo paterno: diabetes mellitus tipo II • Padre: sano • Madre: hipertensión arterial 	
Dinámica social: Vive con sus padres y concubino.			
Cirugías: Negadas			
Motivo de consulta médica: Refiere sangrado vaginal con una hora de evolución.			



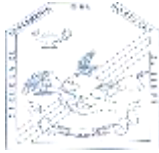
Valoración de Enfermería

Acude paciente femenino de 26 años, primigesta con un embarazo de 12 semanas de gestación (SDG) al servicio de urgencias , con escala de Glasgow 15, con palidez de tegumentos generalizada, mucosas orales deshidratadas, campos pulmonares ventilados sin sibilancias ni estertores, mamas turgentes sin presencia de calostro, abdomen globoso a expensas de útero gestante, refiere intenso dolor abdominal de tipo dismenorreico, genitales íntegros, presenta sangrado transvaginal abundante en cantidad superior a una menstruación con una hora aproximada de evolución, miembros inferiores íntegros.

Se traslada al servicio de toco cirugía el día 21 de septiembre a realizar ultrasonido tipo Doppler, no se encuentra foco fetal presente, por lo que se decide llevarla a quirófano para realizar aspiración de restos fetales, por órdenes medicas se administrará ceftriaxona 1 gramo cada 24 horas vía intravenosa durante su estancia hospitalaria.

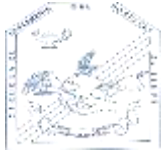
Al ingreso presenta los siguientes signos vitales: FR: 24 respiraciones por minuto, T: 36.5 C°, FC: 95 latidos por minuto, T/A: 125/85 mmHg, Talla: 150 cm, PESO: 72 kg, IMC: 32.

Antecedentes gineco obstétricos (AGO): la paciente refiere haber tenido su primera menstruación (MENARCA) a los doce años, con ciclo menstrual de 28 días, con una duración de 3-4 días, presentando flujo abundante con características de color rojo brillante y presencia de coágulos en los primeros días de la regla. Al interrogatorio ginecológico refiere estar cursando con su primera gesta, niega haber tenido partos y abortos previos, inicio de vida sexual activa (IVSA) a los 15 años, con tres parejas sexuales. Refiere a ver teniendo como última fecha de menstruación (FUM) el 15 de junio 2022.



5.2. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA CON EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

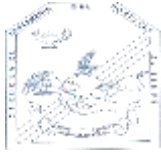
VALORACION CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON							
NOMBRE: M.R.M		FECHA: 21 de septiembre		HORA: 08:00AM			
Diagnostico medico: Aborto espontaneo de 12 SDG + AMEU		Tipo de valoración: Marque con (X)		General X		Focalizada	
NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	GRADO DE AFECTACIÓN			CAUSA.	ANTECEDENTES
			D	I	PD	F V C	
OXIGENACIÓN	FR: 24, FC: 95 lxm T/A : 125/85 mmHg Paciente consciente y orientada en tiempo y espacio, con palidez de tegumentos generalizada. Llenado capilar de dos segundos, uñas de manos rosadas, respiración normal sin disnea.		D	I	PD	F V C	
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Talla: 150 cm Peso: 72 kg IMC 32 Trastornos digestivos tales como vómitos propios del embarazo	Realiza 3 comidas al día con horarios irregulares, alto consumo de picante y refresco, ingiere 4 vasos de agua al día	D	I	PD	F V C	
ELIMINACIÓN	Estreñimiento debido al embarazo. Orina con presencia de sangre y con coágulos,		D	I	PD	F V C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



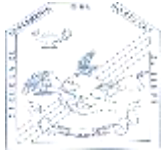
MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA	Actualmente le cuesta trabajo cambiar de posición debido al dolor abdominal que presenta.	No realiza actividad física debido a su horario laboral, la mayor parte del tiempo la pasa sentada, dos días anteriores al aborto refiere a ver cargado cajas pesadas de ropa.	D	I	PD	F	V	C	
DESCANSO Y SUEÑO	Hay presencia de ojeras, bostezos frecuentes.	Dificultad para conciliar, debido a que está triste y preocupada por su pérdida.	D	I	PD	F	V	C	
VESTIRSE	Realiza cambio de ropa diariamente	Expresa que no necesita ayuda para vestirse	D	I	PD	F	V	C	
TERMORREGULACIÓN	T:36.5C°	Refiere escalofríos ya que la habitación es fría	D	I	PD	F	V	C	
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	Piel deshidratada y oídos con presencia de cerumen.	Realiza baño diario y cambio de ropa diaria, lavado de dientes dos veces al día.	D	I	PD	F	V	C	
EVITAR PELIGROS		Refiere dolor abdominal	D	I	PD	F	V	C	
COMUNICACIÓN	Buena comunicación verbal, le gusta platicar de diversos temas.	Refiere tener tristeza debido a la pérdida de su bebé.	D	I	PD	F	V	C	
VALORES Y CREENCIAS	Religión católica, asiste a misa cada 8 días.	Refiere que en situaciones difíciles de su vida acude a platicar con el sacerdote y eso le da paz.	D	I	PD	F	V	C	
TRABAJAR Y REALIZARSE	Trabaja en una tienda de ropa en un horario de 9-8 pm.	Planea ingresar a la preparatoria y posterior a esta, ingresar a la carrera de psicología.	D	I	PD	F	V	C	
PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS		En tiempo libre le gusta ver TV, acudir al cine con amigos o pareja, leer libros.	D	I	PD	F	V	C	
APRENDIZAJE		Después de la pérdida de su bebé refiere querer	D	I	PD	F	V	C	



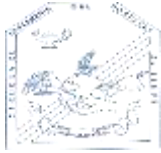
ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



		aprender más acerca de los cuidados en el embarazo, prevenir accidentes e ir al psicólogo para afrontar su pérdida.							
SEXUALIDAD	Femenino de 26 años Primigesta Embarazo de 12 SDG Sangrado transvaginal abundante USG: No se encuentra foco fetal presente Se le realiza AMEU	Refiere ciclo menstrual de 28 días con sangrado abundante, rojo brillante y presencia de coágulos, con cambios de toallas sanitarias 6 veces al día antes de su embarazo. Refiere no saber que el cargar objetos pesados, presentar estrés y ansiedad durante el embarazo pueden contribuir a desprendimiento fetal.	D	I	PD	F	V	C	



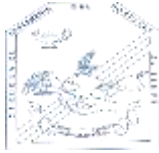
ANÁLISIS DE VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON										
No	Necesidad	Satisfechas	Insatisfechas		Fuente de dificultad			Rol de enfermería		
			Reales	Potencial es.	voluntad	fuerza	conocimiento	sustituta	auxiliar	compañera
1	Oxigenación	X								
2	Nutrición e hidratación		X				X			X
3	Eliminación		X			X				X
4	Moverse y mantener una buena postura		X			X			X	
5	Descanso y sueño		X			X				X
6	Vestirse y elegir prendas adecuadas	X								
7	Termorregulación					X			X	
8	Higiene y protección de la piel		X				X		X	
9	Evitar peligros		X		X				X	
10	Comunicación		X			X			X	
11	Vivir de acuerdo a sus creencias y valores	X								



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

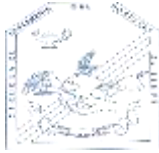


12	Trabajar y realizarse	X								
13	Participar en actividades recreativas	X								
14	Aprendizaje		X				X			X
15	Sexualidad			X		X			X	



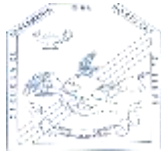
5.3. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y RAZONAMIENTO DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

PRIORIZACION DE NECESIDADES						
NECESIDAD	PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION:				
		Fisiológicas	Seguridad	Sociales	Estima	Autorealización
Nutrición e Hidratación	Talla:150 cm Peso: 72 kg IMC 32 Realiza 3 comidas al día con horarios irregulares, alto consumo de picante y refresco, ingiere 4 vasos de agua al día	X				
Moverse y mantener una postura	Actualmente le cuesta trabajo cambiar de posición debido al dolor abdominal que presenta.	X				
Descanso y Sueño	Hay presencia de ojeras, bostezos frecuentes. Dificultad para conciliar, debido a que está triste y preocupada por su pérdida.	X				
Higiene y protección de la piel	Piel deshidratada y oídos con presencia de cerumen. Lavado de dientes dos veces al día.	X				
Evitar Peligros	Refiere dolor abdominal		X			
Comunicación	Refiere tener tristeza debido a la pérdida de su bebé.				X	
Aprendizaje	Después de la pérdida de su bebé refiere querer aprender más acerca de los cuidados en el embarazo, prevenir accidentes e ir al psicólogo para afrontar su pérdida				X	
Sexualidad	Embarazo de 12 SDG, no hay presencia de foco fetal. Debido al procedimiento realizado (AMEU), la paciente puede presentar riesgo de sangrado o de infección.	X				



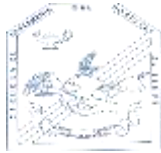
ESQUEMA RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

DATOS RELEVANTES	AGRUPACIÓN DE DATOS	DEDUCCIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Descanso/ sueño Evitar peligros Comunicación	Dificultad para conciliar el sueño, Tristeza, Preocupación	Muerte de una persona significativa	Duelo inadecuado	
Evitar peligros Moverse y mantener buena postura	Dolor abdominal, Expresión facial de dolor y, Dificultad al movimiento	Lesiones por agentes físicos	Dolor agudo	
Nutrición	IMC >32	Consumo de bebidas endulzadas, alta ingesta de comida frita y sedentarismo	Obesidad	
Sexualidad		Complicaciones en el embarazo	Riesgo de sangrado	
Sexualidad		Procedimiento invasivo (AMEU)	Riesgo de infección	
Aprendizaje Sexualidad	Expresa deseos de mejorar en el aprendizaje		Disposición para mejorar los conocimientos	



5.4. PLANES DE CUIDADO

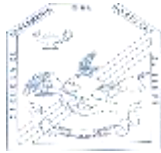
DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 8. Afrontamiento / Tolerancia al estrés	Resultado: Severidad del sufrimiento	Escala de medición			
Clase: 1. Respuesta de afrontamiento	Dominio: V. Salud percibida	1.-	Grave		
Código: 00301	Clase: V. Sintomatología	2.-	Sustancial		
	Código: 2003	3.-	Moderado		
		4.-	Leve		
		5.-	Ninguno		
Duelo inadecuado relacionado con muerte de una persona significativa evidenciado por dificultad para conciliar el sueño, tristeza y preocupación.	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana		
			Mantener	Aumentar	
	200302	Depresión	1	3	
	200303	Tristeza	1	3	
	200306	Culpa	2	4	
200314	Vulnerabilidad	2	3		



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención: Facilitar el duelo Código: 5290 Dominio: 2. conductual Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1.- Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.</p> <p>2.- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.</p> <p>3.- Alentar la asistencia a servicios religiosos.</p> <p>4.- Canalizar a la paciente y a su pareja para ayuda psicológica y tanatología.</p> <p>5.- Instruir a la paciente con técnicas de relajación.</p> <p>6.- Proporcionar al paciente seguridad durante los periodos de ansiedad.</p>	<p>La pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, si bien la intensidad y las características de éste pueden variar en gran medida en función del grado de vinculación emocional con el objeto, de la propia naturaleza de la pérdida y de la forma de ser y la historia previa de cada persona.</p> <p>Aunque el duelo se asocia inmediatamente a la muerte, las pérdidas pueden ser muy diversas:</p> <p>Se identifican cinco estadios que tienen lugar, en mayor o menor grado, siempre que sufrimos una pérdida: La negación, la ira, la negociación, la depresión y la adaptación.</p>

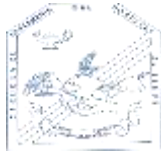
EVALUACIÓN
<p>Durante la estancia se logró obtener la puntuación diana establecida. La paciente se pudo expresar emocionalmente con el personal de enfermería, así mismo se logró canalizar con la psicóloga de la institución, dando como resultado poder externar el sentimiento de culpa y con ello tener una mejor recuperación. La paciente se comprometió una vez dada de alta a acudir periódicamente a consultas psicológicas. logrando obtener la puntuación Diana establecida de grave y sustancial a moderado.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
<p>Howard, K. Joanne. Et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7ª. Ed. España. Elsevier, 2018</p> <p>Shigemi, K.T. Heather, H. Diagnósticos Enfermeros (NANDA)12ª. Ed. New York, USA: Elsevier, 2021 - 2023</p> <p>Sue, M. Elizabeth. S. Meridian, L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6ª. Ed. España: Elsevier, 2018</p>



PLAN DE CUIDADOS

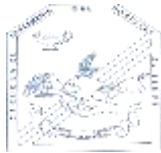
DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 12. Confort	Resultado: Control del dolor			Escala de medición	
Clase: 1. Confort físico	Dominio: IV. Conocimiento y conducta de salud	1.-	Nunca demostrado		
Código: 00132	Clase: Q. Conducta de salud	2.-	Raramente demostrado		
	Código: 1605	3.-	A veces demostrado		
		4.-	Frecuentemente demostrado		
		5.-	Siempre demostrado		
Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por dolor abdominal, expresión facial del dolor y dificultad al movimiento.	Código del Indicador	Indicador		Puntuación Diana	
		Mantener			Aumentar
	160501	Reconoce los factores causales	4	5	
	160502	Reconoce el comienzo del dolor	5	5	
	160514	Describe los factores que son responsables del dolor	5	5	
	160516	Describe el dolor	4	5	
160527	Realiza técnicas efectivas de relajación	2	4		



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención Manejo del dolor agudo	Código: 1410 Dominio: 3. Fisiológico básico Clase: E. Fomento de la comunidad física
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1.- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades (tos, respiración profunda). 2.- Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. 3.- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. 4.- Fomentar periodos de descanso y sueño.	Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres que están ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos y otros tejidos profundos. Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales para el dolor entre estos se encuentran incluidas las vísceras del tórax, del abdomen y de la pelvis, los dientes, la membrana timpánica y la córnea. La intensidad del dolor que puede percibir una persona durante o inmediatamente después de algún procedimiento doloroso puede reducirse al permanecer con el paciente y responder de una manera adecuada a su ansiedad.

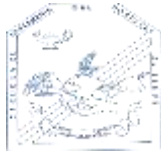
EVALUACIÓN
En la estancia hospitalaria se logra identificar el tipo de dolor que la paciente presenta, se le enseñan técnicas de respiración y posiciones para disminución de este. Por órdenes médicas se administran analgésicos a la paciente y se logra la supresión del dolor. Por lo anterior se logra el cumplimiento de la puntuación diana establecida de siempre demostrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Howard, K. Joanne. Et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7ª. Ed. España. Elsevier, 2018 Shigemi, K.T. Heather, H. Diagnósticos Enfermeros (NANDA)12ª. Ed. New York, USA: Elsevier, 2021 - 2023 Sue, M. Elizabeth. S. Meridian, L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6ª. Ed. España: Elsevier, 2018

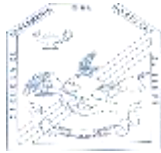


PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 2. Nutrición	Resultado:	Conducta de pérdida de peso	Escala de medición	
Clase: 1. Ingestión	Dominio:	IV: Conocimiento y conducta de salud	1.-	Nunca demostrado
Código: 00232	Clase:	Q. Conducta de salud	2.-	Raramente demostrado
	Código:	1627	3.-	A veces demostrado
			4.-	Frecuentemente demostrado
			5.-	Siempre demostrado
Obesidad relacionada con consumo de bebidas endulzadas, alta ingesta de comida frita y sedentarismo evidenciado por IMC > 30 (32)	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
	162701	Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso	1	5
	162706	Establece una rutina de ejercicio	2	4
	162703	Se compromete con un plan para comer de forma saludable	1	4
	162715	Bebe ocho vasos de agua al día	2	4
	162719	Utiliza un sistema de apoyo personal para controlar la pérdida de peso	1	4
162723	Controla el índice de masa corporal	1	4	

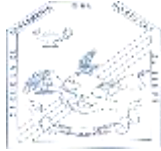


INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención: Ayuda para disminuir peso	Código: 4640 Dominio: 1- Fisiológico básico Clase: D. Apoyo nutricional
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1.- Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.</p> <p>2.- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.</p> <p>3.- Facilitar al paciente la participación en al menos una actividad de gasto energético tres veces por semana.</p> <p>4.- Animar al paciente a comer fruta, verduras, cereales integrales, leche, productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado. Legumbres, huevos y carne.</p>	<p>La regulación de la ingestión de alimentos está relacionada con las necesidades nutricionales, cuando se almacena un exceso de grasa surge en la obesidad en la que hay un estado de sobrepeso.</p> <p>La obesidad ocurre cuando la ingesta de alimentos es mayor que la cantidad de energía gastada por la actividad física, la obesidad está relacionada con el exceso de alimentos que se asocia con un mecanismo anormal de la regulación de alimentación</p> <p>En el hipotálamo existen centros del hambre y de la saciedad. Los hábitos alimenticios diarios desempeñan un papel importante para determinar la cantidad y tipo de alimentos a consumir.</p>
EVALUACIÓN	
<p>Durante la estancia hospitalaria se logró educar a la paciente acerca de los alimentos que conforman el plato del buen comer y la importancia del consumo de cada uno de estos, así como de las cantidades, se le enseña a la paciente que tipo de ejercicios puede llevar a cabo en su domicilio. Se logró que la paciente aceptara una consulta con la nutrióloga para un plan alimenticio personalizado que le ayude a bajar de peso de forma adecuada, logrando con ello la puntuación diana establecida, frecuentemente demostrado.</p>	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
<p>Howard, K. Joanne. Et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7^a. Ed. España. Elsevier, 2018</p> <p>Shigemi, K.T. Heather, H. Diagnósticos Enfermeros (NANDA)12^a. Ed. New York, USA: Elsevier, 2021 - 2023</p> <p>Sue, M. Elizabeth. S. Meridian, L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6^a. Ed. España: Elsevier, 2018</p>	



PLAN DE CUIDADOS

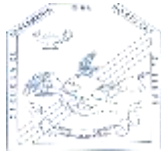
DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 11. Seguridad/ Protección	Resultado: Estado Materno: Puerperio	Escala de medición		
Clase: 1. Lesión Física	Dominio: VI. Salud familiar	1.- Desviación grave del rango normal		
Código: 00206	Clase: Z. Estado de salud de los miembros de la familia	2.- Desviación sustancial del rango normal		
Riesgo de sangrado evidenciado por complicaciones en el embarazo.	Código: 2511	3.- Desviación moderada del rango normal		
		4.- Desviación leve del rango normal		
		5.- Sin desviación del rango normal		
	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
	251103	Presión arterial	4	5
	251104	Frecuencia cardiaca	4	5
	251106	Altura del fondo uterino	4	5
251107	Cantidad de loquios	4	5	
251112	Temperatura corporal	4	5	
251126	Fatiga	4	5	



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención: Cuidados posparto	Código: 6930 Dominio: 5. Familia Clase: W. Cuidados a un nuevo bebé
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1.- Monitorizar los signos vitales.2.- Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.3.- Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino.4.- Vigilar temperatura corporal.5.- Vigilar palidez de tegumentos.	<p>El posparto o puerperio se define como periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.</p> <p>La prioridad durante este periodo es sangrado vaginal derivado del desprendimiento de la placenta de la mucosa uterina, la cual causa una herida abierta que tardara hasta seis semanas en cicatrizar durante este tiempo si el sangrado va en aumento en lugar de disminuir que pueden dar origen a una hemorragia importante poniendo el riesgo la vida.</p>

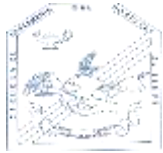
EVALUACIÓN
Después de que se realizó la vigilancia de los signos vitales de la paciente, involución uterina, características del sangrado, con la finalidad de prevenir y evitar un sangrado vaginal posterior al procedimiento y que con ello se pudiera poner en riesgo a la paciente. La paciente no presento un sangrado y su recuperación fue de manera progresiva y favorable, por lo tanto, se puede decir que se logró la puntuación diana llegando a no haber desviación del rango normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Howard, K. Joanne. Et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7ª. Ed. España. Elsevier, 2018 Shigemi, K.T. Heather, H. Diagnósticos Enfermeros (NANDA)12ª. Ed. New York, USA: Elsevier, 2021 - 2023 Sue, M. Elizabeth. S. Meridian, L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6ª. Ed. España: Elsevier, 2018

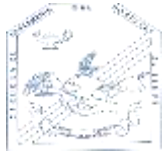


PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
Dominio: 11.Seguridad/Protección	Resultado: Estado materno: puerperio	Escala de medición			
Clase: 1. Infección	Dominio: VI. Salud familiar	1.-	Desviación grave del rango normal.		
Código: 00004	Clase: Z. Estado de salud de los miembros de la familia.	2.-	Desviación sustancial del rango normal.		
	Código: 2511	3.-	Desviación moderada del rango normal.		
		4.-	Desviación leve del rango normal.		
		5.-	Sin desviación del rango normal.		
Riesgo de infección evidenciado por procedimiento invasivo (AMEU).	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana		
			Mantener	Aumentar	
	251107	Cantidad de loquios	4	5	
	251112	Temperatura corporal	4	5	
	251127	Sangrado vaginal	4	5	
	251113	Infección	4	5	
	251128	Depresión	2	4	



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención: Cuidados posparto Código: 6930 Dominio: 4. Familia Clase: W. Cuidados de un nuevo bebé	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1.- Monitorizar signos vitales. 2.- Vigilar el sangrado vaginal. 3.- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. 4.- Poner en práctica precauciones universales. 5.- Fomentar el reposo. 6.- Enseñar a la paciente como evitar infecciones. 7.- Administrar el tratamiento antibiótico según ordenes médicas.	<ul style="list-style-type: none">• Las precauciones higiénicas estándar de los profesionales de la salud son la mejor manera de evitar la propagación de patógenos asociados con la atención sanitaria.• Deben tomarse medidas estándar de control de infecciones antes, durante y después del parto. Durante el parto, se deben usar guantes en todo momento y se recomienda usar bata, cubrebocas y protección ocular durante todos los procedimientos.• La profilaxis antibiótica debe administrarse durante el parto vaginal a intervalos de 4 horas en pacientes de alto riesgo.• En cuanto a la prevención de cualquier infección quirúrgica, los principios generales incluyen la técnica quirúrgica adecuada, la antisepsia de la piel y la profilaxis antimicrobiana oportuna.

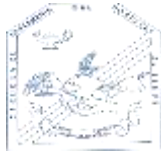


EVALUACIÓN

Después del procedimiento se realiza vigilancia de los signos vitales, que estén dentro de los parámetros normales, se vigila cantidad de sangrado y color, así como también la presencia de loquios, se le administra la paciente el antibiótico cada 24 horas como medida profiláctica, se realiza lavado de mano, se usa guantes y cubrebocas como parte de las precauciones universales para evitar algún organismo patógeno ponga en riesgo la salud del paciente, se le explica a la paciente la importancia de la higiene personal, todo ello para la prevención de infecciones, logrando obtener la puntuación diana establecida, sin desviación del rango normal.

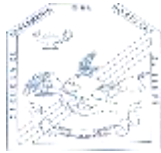
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Howard, K. Joanne. Et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7^a. Ed. España. Elsevier, 2018
Shigemi, K.T. Heather, H. Diagnósticos Enfermeros (NANDA)12^a. Ed. New York, USA: Elsevier, 2021 - 2023
Sue, M. Elizabeth. S. Meridian, L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6^a. Ed. España: Elsevier, 2018

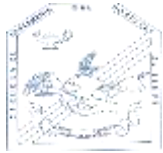


PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO		
Dominio: 5. Percepción / Cognición	Resultado:	Conocimiento: salud materna en la preconcepción	Escala de medición
Clase: 2. Cognición	Dominio:	4. Conocimiento y conducta de salud	1.- Ningún conocimiento
Código: 001641	Clase:	5. Conocimientos sobre su salud	2.- Conocimiento escaso
Disposición para mejorar los conocimientos evidenciado por deseos de mejorar en el aprendizaje.	Código:	1822	3.- Conocimiento moderado
			4.- Conocimiento sustancial
			5.- Conocimiento extenso
	Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana
			Mantener Aumentar
	182207	Riesgos ambientales en el hogar que afectan el desarrollo fetal	1 3
	182211	Riesgos ambientales en el trabajo que afectan el desarrollo fetal	1 3
182203	Dieta recomendada	2 4	
182206	Factores de riesgo materno	2 4	
182213	Curso habitual del embarazo	1 3	
182217	Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo	2 4	



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención: Asesoría antes de la concepción Código: 5247 Dominio: 3. Familia Clase: W. Cuidados del nuevo bebé	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1.- Obtener el historial clínico de la paciente.2.- Fomentar el examen dental antes de la concepción.3.- Realizar las pruebas de diagnóstico prenatales4.- Fomentar la anticoncepción hasta que esté preparada para el embarazo.5.- Fomentar la asistencia a las clases de preparación al embarazo y educación prenatal desde el inicio.	<p>El asesoramiento previo a la concepción, permite identificar cualquier problema de salud que pudiera requerirse con un tratamiento antes de la concepción y evaluar el riesgo que correría el producto de nacer con algún defecto.</p> <p>Los asesores prenatales también ayudan a identificar quienes tienen mayores riesgos durante el embarazo de presentar algún defecto o afección, se explica a la pareja las opciones disponibles de tratamiento, antes de la concepción.</p>

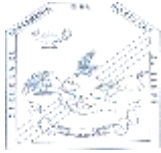


EVALUACIÓN

La paciente manifiesta que desea aprender más acerca de los cuidados durante el embarazo para evitar otra pérdida fetal, se le informa que para llevar a cabo un embarazo fuera de peligro es importante que deje pasar tiempo antes de volver a embarazarse ya que su cuerpo necesita recuperarse, durante la estancia también se educa a la paciente para que identifique los factores y los signos de alarma en el embarazo se le invita a participar en grupos de prenatal desde aprender más cuidados durante el embarazo y así evitar poner la vida en peligro su vida y la del producto, por lo tanto se considera que se logró el cumplimiento de la puntuación diana, entre un conocimiento moderado a sustancial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Howard, K. Joanne. Et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7^a. Ed. España. Elsevier, 2018
Shigemi, K.T. Heather, H. Diagnósticos Enfermeros (NANDA) 12^a. Ed. New York, USA: Elsevier, 2021 - 2023
Sue, M. Elizabeth. S. Meridian, L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6^a. Ed. España: Elsevier, 2018

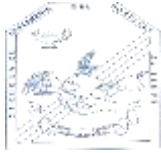


5.5 EJECUCIÓN

Durante la estancia hospitalaria de la paciente con diagnóstico de aborto espontáneo se realizó un proceso de atención de enfermería en el cual de acuerdo a sus necesidades se hizo un plan de cuidados donde se pudo realizar actividades tales como toma de signos vitales, administración de antibióticos y analgésicos acorde a órdenes médicas, utilizando los cinco momentos de lavado de manos y precauciones universales.

Debido a que la paciente se observaba triste, deprimida y con llanto se lleva a cabo una plática con la paciente teniendo como objetivo que ella exprese su sentir, logrando una respuesta positiva ya que ella explica que el motivo de estado emocional es la pérdida de su bebé, expresa todo su sentir, por lo cual se le hace una sugerencia de hablar con la psicóloga del hospital con la finalidad de desahogarse y hablar más a fondo de su pérdida. También se le orienta acerca de métodos anticonceptivos, cuidados que debe tener una vez que sea dada de alta, la paciente pide que se le oriente acerca de los cuidados que se debe de tener antes y durante la gestación ya que expresa tener interés por adquirir más conocimiento acerca de este tema.

Otra de las actividades que se llevó a cabo durante la estancia de la paciente fue educarla sobre cómo llevar una dieta balanceada, integrando en su dieta diferentes alimentos sugeridos en el plato del bien comer, se le explica que su índice de masa corporal es elevado para su estatura y que lo más recomendable es que inicie una dieta para pérdida de peso y con esto evitar complicaciones futuras, se le hace una invitación para acudir al nutriólogo teniendo como resultado una respuesta afirmativa ya que se encuentra preocupada por salud y menciona querer tener un

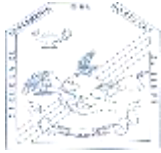


mejor estilo de vida, también se le invita a participar en sus tiempos libres a realizar algún tipo de ejercicio tres veces por semana.

Otra de las actividades que se lograron realizar fue la vigilancia de los loquios, color, olor, presencia de coágulos y así descartar alguna complicación como riesgo de infección o de sangrado.

Se le enseñó a la paciente tácticas de respiraciones profundas, esto con el fin de reducir su dolor sin necesidad de administrar medicamentos.

Una de las actividades que no se pudo realizar durante la estancia hospitalaria de la paciente fueron las clases de educación prenatal, ya que por el momento no se han abierto grupos en el hospital, sin embargo, la paciente si muestra interés para prender a preparar su cuerpo para ser gestado y refiere estar al pendiente para cuando se abra un grupo ella inscribirse.



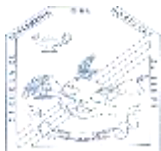
5.6. EVALUACIÓN

Tomando en cuenta las condiciones en las que llegó la paciente se puede deducir que hubo una mejoría en la paciente, ya que la mayoría de los cuidados y de las actividades si se lograron realizar, se mostró una mejoría en la paciente en cuanto al manejo de su duelo cuando llegó a la estancia hospitalaria la paciente se encontraba intranquila, con llanto, se vio alterado su descanso y sueño, con las actividades realizadas por enfermería se logró que la paciente entendiera que la pérdida de su producto no era su culpa y que debía expresar sus sentimientos, se le sugirió platicar con la psicóloga, teniendo una respuesta positiva, mencionó que después de ser dada de alta tendría más sesiones psicológicas.

También se logró que no se presentara ninguna infección o hemorragia, la paciente aprendió la importancia de los cuidados que debe llevar en su domicilio, la importancia de la higiene y su correcta medicación.

Se logró que la paciente mostrara interés por tener un nuevo estilo de vida para no poner en riesgo su salud y desencadenar enfermedades crónicas degenerativas, así también mostró un interés por aprender más sobre los cuidados prenatales, aprendió la importancia de la planificación familiar y los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

La paciente una vez que fue dada de alta manifestó que cuando ingreso tenía miedo y desconocía muchos factores de riesgo que la llevaron a la pérdida de su producto, pero con las intervenciones que se realizaron por parte de enfermería su conocimiento aumentó y está abierta a aprender más cosas acerca de la gestación, y de diversos temas.



5.7. PLAN DE ALTA

Signos y síntomas de alerta que ponen en riesgo la vida:

Vigilar sangrado vaginal, no debe ser mayor en cantidad a la menstruación y/o con mal olor.

Fiebre superior a 38°C

Dolor abdominal excesivo

Hinchazón de cara, manos, piernas y pies

Ministración de medicamentos y reacciones adversas:

Evitar automedicación

Tomar los medicamentos a la misma hora y las dosis indicadas

De acuerdo al medicamento indicado verificar su ingesta antes, durante y posterior a los alimentos

Control de citas:

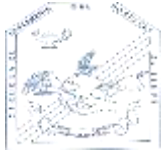
Acudir a 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.

Acudir al servicio de urgencias en caso de identificar los signos y síntomas que pongan en riesgo su salud.

Tipo de dieta:

Orientar para mantener una dieta balanceada que contenga fuentes de proteína, como pescado, pollo, res, cereales y leguminosas, así como frutas y verduras.

Orientar acerca de la importancia de ingerir alimentos altos en fibra para evitar el estreñimiento.



Hábitos higiénicos:

Mantener un entorno limpio en el hogar.

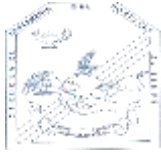
Lavarse las manos con agua y jabón antes de prepararse sus alimentos, lavar frutas y verduras antes de su consumo.

Baño y cambio de ropa diario.

Acciones específicas de autocuidado:

Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos. (anexo 2)

Proveer información completa de signos de alarma en el embarazo. (anexo 1)

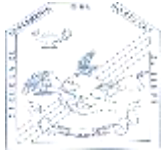


CONCLUSIONES

A través del desarrollo del Proceso de Atención Enfermero se estructuraron y diseñaron diagnósticos, intervenciones y resultados que se realizan para mejorar y preservar la vida de la madre, enfocados en las necesidades que pudieran manifestar durante su estancia hospitalaria.

De tal forma, que mediante el Proceso de Atención de Enfermería se obtuvieron los datos necesarios para encontrar una solución al problema biopsicosocial que presenta nuestra paciente.

Este Proceso de Atención de Enfermería se planteó para detectar aquellos factores condicionantes respecto a la salud de la paciente, y de esta forma aplicar nuestras intervenciones de enfermería para mejorar la evolución y recuperación de la paciente tanto en el estado fisiológico como psicológico, y así, lograr un balance en su vida cotidiana.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

AMEU: Aspiración manual endouterina.

SDG: Semanas de gestación.

FC: Frecuencia cardiaca.

FR: Frecuencia respiratoria.

T: Temperatura.

CM: Centímetros.

KG: Kilogramos.

T/A: Tensión arterial.

IMC: Índice de masa corporal

APP: Antecedentes personales patológicos.

AHF: Antecedentes heredo familiares.

APNP: Antecedentes personales no patológicos.

AGO: Antecedentes gineco obstétricos.

G: Gestas.

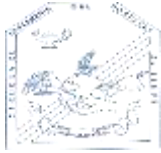
P: Partos.

A: Abortos.

FUM: Fecha de última menstruación.

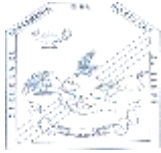
IVSA: Inicio de vida sexual activa.

MENARCA: Inicio de la menstruación.

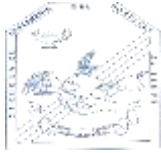


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Héctor M. Obstetricia Básica Ilustrada.6°. ed. México: Trillas;2012.
- 2) Comunicado de Prensa Núm. 486/22 31 DE AGOSTO DE 2022 PÁGINA 1/15 [Internet]. Org.mx. Defunciones fetales [14 de enero de 2023]. Disponible en:<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDF/EDF2021.pdf>.
- 3) Eva R. Fundamentos de enfermería.2°. Ed. México: El Manual Moderno;2015.
- 4) Amezcua M, Ver todas las entradas por Manuel Amezcua. Virginia Henderson [Internet]. Fundaciónindex.com. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>.
- 5) Martha R, Ann M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7°. Ed. España: Elsevier;2011.
- 6) Shigemi. K. T. Heather. H. Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificaciones. 12°. Ed. New York, USA: ELSEVIER; 2021-2023.
- 7) Cecilia. P, Elena. A, Lourdes. L. Teoría y Práctica Psicológica del Desarrollo. Ed. España: Centro de Estudios Ramón Areces.
- 8) María E. La Adultez. PDF. (20 de marzo 2023).

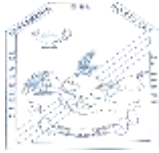


- 9) Gerard J. Bryan. D. Anatomía y Fisiología. 13°. Ed. México: Panamericana;2015.
- 10) Ian P, Anatomía y fisiología para enfermeras. 1° Ed. México; Manual moderno;2019.
- 11) Aborto espontáneo [Internet]. MayoClinic.org. 2021 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-misaborto/diagnosis-tratamiento/drc-20354304>.
- 12) Roberto A, Carlos F, René B, Ginecología y obstetricia aplicadas. 2° Ed. México; Manual moderno; 2003.
- 13) Gob.mx. Guía de Práctica Clínica: aborto espontáneo [14 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GER.pdf>.
- 14) Dulay AT. Aborto espontáneo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>.
- 15) Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado el 21 de marzo de 2023];84(6):460



Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000600460&script=sci_arttext.

- 16) Damián L. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Gob.ar. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/ameu-nota-tecnica-2.pdf>.
- 17) Howard. K. Joanne. M. Gloria. B. Cherly M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7°. Ed. España: ELSEVIER;2018.
- 18) Sue. M. Elizabeth. S. Meridean. L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6°. Ed. España: ELSEVIER;2018.



ANEXOS

Anexo 1.




SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO




ELABORADO POR:
VILLAFUERTE NÚÑEZ
DIANA


BIBLIOGRAFIA:

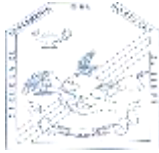
- ⇒ HOLA MEXICO (2017). COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO . 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2018. de HOLA MEXICO Sitio web: <https://mx.hola.com/holas/2009122412095/embrazo/complicaciones/enfemad.aspx/>
- ⇒ STANFORD CHILDREN'S G HEALTH . (2016). COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO. 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2018. de CHILDREN'S HOSPITAL STANFORD Sitio web: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/id581f716c-complicacionesdelembrazo-85-P04296>

⇒ **Ardor o dolor al orinar.**



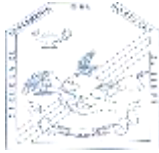
⇒ **Vómitos excesivos .**





Anexo 2

<p>⇒ Pérdida de líquido o salida de sangre por vía vaginal</p> 	<p>⇒ No percibir movimientos fetales por 30 min o más.</p> 
<p>⇒ Dolor de cabeza constante (caralea)</p> 	<p>⇒ Dolor de estómago con stantamientos</p> 
<p>Acude de inmediato al hospital sin imponer el día y la hora cuando presentes uno o más de los siguientes síntomas:</p> <p>⇒ Hinchazón de cara y manos</p> 	<p>⇒ Aullidos y ruidos (ver lucasitas y ruidos de oídos)</p> 



ANEXO 3

Métodos anticonceptivos

CONDÓN

- Método de barrera utilizado durante una relación sexual.
- Reduce la posibilidad de embarazo o contagio de enfermedades de transmisión sexual.

T DE COBRE

- Sistema intrauterino elaborado de plástico flexible.
- Compuesto de una rama vertical y una horizontal a manera de T.
- La rama vertical está rodeada de un alambre de cobre que impide el paso de espermatozoides.

Duración: 5 años

DIU MIRENA

- Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.
- Consiste en un pequeño sistema de plástico en forma de "T".

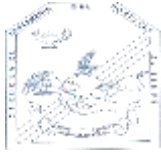
Duración: 5 años

PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

- Método para evitar temporalmente el embarazo.
- Presentación de 21 pastillas: se toma 1 diariamente a la misma hora. La primera pastilla se toma el primer día de la menstruación; al terminar las 21 días, se deja un período de 7 días sin seguir pastillas (período en que se presenta la menstruación).
- Presentación de 28 pastillas: se toma 1 diariamente a la misma hora, comenzando el primer día de la menstruación.

IMPLANTE SUBDÉRMICO

- Varilla flexible que contiene progesterona.
- Evita la ovulación y hace espeso el moco del cuello del útero impidiendo el paso de los espermatozoides.



VALORACIÓN DE 14 NECESIDADES

I. Necesidad de oxigenación

1.1 ¿Refiere dificultad para respirar?

1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?

1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo?

1.4 ¿Tiene dolor al respirar?

1.5 ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?

1.6 ¿Actualmente presenta "Tos"?

1.7 ¿Acostumbra fumar? ¿Cuántos cigarrillos al día? ¿Hace cuánto tiempo?

1.8 ¿Presencia de varices en miembros inferiores?

1.9 Patrón respiratorio uniforme

1.10 Dificultad al respirar:

1.11 Presenta Aleteo nasal:

1.12 Auscultación de pulmones

1.13 Paso libre de aire en ambos campos pulmonares

1.14 Estado de conciencia:

Consciente () Desorientado ()

Somnoliento () Estuporoso ()

Inconsciente ()

1.15 Coloración de la piel:

Rosada () Cianótica ()

Palidez () Marmórea ()

1.16 Coloración de los labios:

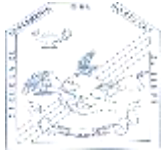
Rosada () Cianótica () Palidez ()

1.17 Coloración de zona peribucal:

Cianótica () Palidez ()

1.18 Llenado capilar:

() < ó = 2" () > 2"



1.19 Coloración de las uñas de las manos:

Rosadas () Cianóticas ()

Palidez ()

1.20 Presencia de edema en miembros inferiores

Si () No () Grado I () II ()

III ()

1.21 Palpación de pulsos

Carótida () Branquia () Radia ()

Femoral () Poplíteo () Dorso /Pie

() Tibial posterior ()

2.2 ¿Cuántas veces come al día?

Una () Dos () Tres () Más de tres ()

2.3 ¿Su horario de alimentos es?

Fijo () Irregular ()

2.4 ¿Come acompañado?

Si () No ()

2.5 ¿En un ambiente agradable?

Si () No ()

2.6 ¿Ha presentado falta de apetito últimamente?

Si () No ()

2.7 ¿Consume en su dieta diaria algún alimento irritante? (grasas, condimentos, café, té, picante, refresco)

Si () No ()

2.8 ¿Cuándo está enojado o triste tiene preferencia por algún alimento en especial?

Si () No ()

2.9 ¿Sigue alguna dieta especial?

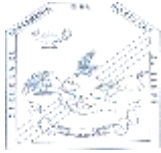
Si () No ()

2.10 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?

Si () No ()

2.11 ¿Tiene periodos en los que le da mucha hambre?

Si () No ()



2.12 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre?

2.18 ¿Asea su dentadura?

Si () No ()

2.13 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?

2.19 ¿Es alérgico a algún alimento?

Vómito Si () No () Náuseas Si () No ()

Si () No ()

Distensión abdominal

2.20 ¿Come fuera de casa?

Si () No ()

Si () No ()

Diarrea

Si () No () Estreñimiento

Si () No () Ardor Si () No () Agruras Si () No ()

2.21 ¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos?

Si () No ()

2.14 ¿Tiene dificultad para masticar?

Si () No ()

2.22 ¿Cuánta agua consume al día? 1 vaso () 2 – 3 Vasos () 3 - 4 Vasos () 4 - 6 Vasos () 6 - Vasos () + 8 Vasos ()

2.15 ¿Tiene dificultad para deglutir? Si () No ()

2.16 ¿Utiliza dentadura postiza para comer?

Si () No ()

2.23 ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

Sí () No ()

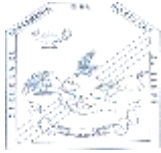
2.17 ¿Le lastima la dentadura al momento de consumir sus alimentos?

Si () No ()

2.24 ¿Actualmente toma algún medicamento?

Sí () No ()

¿Cuál?



2.25 ¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No ()

2.26 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

0 -1 vez () 2 – 3 veces () 3 – 4 veces ()

4 – 5 veces () 5 – 7 veces (x)

2.27 Aspecto cabello

Abundante () Con brillo () Sedoso ()
) Grueso () Delgado () Opaco ()
() Escaso () Quebradizo ()
Caída de cabello ()

2.28 Ojos

Conjuntivas: rosadas () Hidratadas ()
) Pálidas () Deshidratadas ()

2.29 Piel

Rosada () Hidratada () Pálida ()
Seca ()

2.30 Mucosa oral

Coloración () Rojo rosado () Pálida ()
() Húmeda ()

2.35 Dientes

Caries Si () No () cuántas piezas:

Adoncia Si () No ()

2.31 Uñas

Duras () Gruesas () Débiles ()
Delgadas ()

Quebradizas () Descamadas ()

Rosadas () Pálidas ()

2.32 Índice de masa corporal (Peso kg. / (Talla m)²)

Peso Real

Talla

Bajo peso () Normal ()

Sobrepeso () Obesidad ()

Obesidad mórbida ()

III.- Necesidad de eliminación

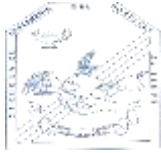
3.1 Frecuencia de la evacuación

Diario () 2 ó 3 Veces por semana ()
() Otros ()

3.2 Describa las características de sus heces

Cantidad

Escaso () Abundante ()



Consistencia

Blandas formadas () Duras ()

Líquidas ()

Color:

Marrón () Amarillas () Otros ()

3.3 ¿Olor?

Acre () Desagradable ()

3.4 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?

Si () No ()

Alimentos no digeridos ()

Sangre () Parásitos ()

3.5 ¿Requiere laxantes para evacuar?

Si () No ()

3.6 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación?

Si () No ()

Diarrea () Estreñimiento () otros ()

3.7 ¿Consumes medicamentos actualmente?

Si () No ()

3.8 ¿Con qué frecuencia orina?

2 ó 3 Veces al día () 4 a 6 Veces al día ()

3.9 ¿Qué color tiene su orina?

Transparente Ámbar () Otros ()

3.10 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?

Si () No ()

Aumenta el deseo de orinar ()

3.12 ¿Presenta alguna alteración urinaria?

Si () No ()

Ardor () Disuria ()

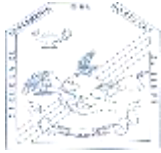
Incontinencia ()

3.13 ¿Cuál es el ritmo de su menstruación?

Cada 28 días () Cada 30 días () Otros ()

3.14 Describa las características de su menstruación

Cantidad: Escaso () Abundante ()



Duración 3 a 4 días () 5 a 6 días
() Otros ()

Color

Rojo brillante () Rojo oscuro
() Otros ()

3.15 ¿Presenta alguna alteración?

Si () No ()

Dolor () Sangrado Inter.-menstrual
() Otros ()

3.16 ¿La tensión emocional altera su
ciclo menstrual?

Si () No ()

3.17 Características de las heces

3.18 Elementos extraños en las heces
Observaciones:

3.19 Simetría del abdomen

Liso, plano () Redondeado
convexo () Distendido ()

3.20. Presencia de ruidos intestinales

Audibles () Hipoactivos ()
Hiperactivos ()

3.21. Aéreas sensibles en abdomen

Abdomen relajado () Dolor e
hipersensibilidad ()

Localizada () Generalizada ()

Masas superficiales ()

3.22. Características de la orina.

Observaciones:

3.21. Elementos extraños en la orina

Observaciones:

3.23 Presencia de globo vesical

Palpable () No palpable ()

3.24. Dolor en el bajo vientre:

Si () No ()

Características del dolor:

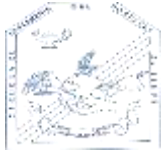
3.25. Presencia de diaforesis

Si () No ()

IV. Necesidad de moverse y mantener
una buena postura

4.1 Antecedentes de Dolor:

Cervical () Lumbar()Ciática ()



De articulaciones de miembros superiores () Sentado () Recostado ()

De articulaciones de miembros inferiores () 4.7 ¿Usted se considera una persona?
Activa () Sedentaria ()

4.2 Tipo de trabajo que realiza:

Con esfuerzo físico () Sin esfuerzo físico ()

4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?

De tipo común () de algún arreglo ortopédico ()

4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2 – 3 horas () De 4 – 6 horas. ()

De 7 – 8 h () De pie de 2 – 3 hrs.) De 4 -6 hrs()

De 7 – 8 h () De movimiento continuo ()

4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?

Si () No ()

¿Cuál?

4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?

Si () No ()

4.10 ¿Practica algún deporte?

Si () No ()

4.5 ¿De cuánto tiempo?

De 10 min () 15 min () 20 min () + de 30 min ()

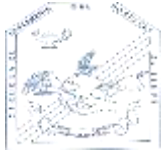
4.11 De acuerdo a la observación, ¿la alineación ósea es la adecuada?

Si () No ()

4.6 ¿En qué postura ?

4.12 El tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente?

Si () No ()



4.13 De acuerdo a la exploración física ¿Consideras que el estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?

Si () No ()

¿Por qué?

4.14 Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro?

Si () No ()

4.15 ¿Al levantarse el paciente lo hace?

Con impulso normal y sin ayuda ()

Utiliza los brazos como ayuda ()

Con ayuda de otra persona ()

4.16 ¿Para la deambulaci3n observas si el paciente requiere de alg3n apoyo?

Si () No ()

Bast3n () Andadera ()

Muletas ()

De otra persona ()

4.17 ¿Presenta facie de dolor?

Si () No ()

Observaciones al levantarse o recostarse

4.18 La marcha al deambular es?

Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()

V. Necesidad de descanso y sueño

5.1 ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche

Menos de 4hrs. () De 4 a 6 hrs. ()

De 7 a 9 hrs. () Más de 9 hrs. ()

5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?

Si () no ()

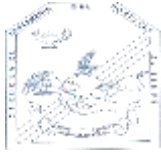
5.4 ¿C3mo es su patr3n de sueño?

Continuo () Discontinuo ()

Insomnio ()

5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño?

Si () No ()



5.6 ¿Toma medicamento para inducir el sueño?

Si () No ()

¿Cuál?

5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?

Si () No ()

5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir

Si () No ()

5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?

Si () No ()

5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?

Si () No ()

5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?

Si () No ()

5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?

Si () No ()

5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?

Si () No ()

½ Hora () Una hora () Más de una hora ()

5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?

Si () No ()

5.15 ¿Durante el día se siente cansado?

Si () No ()

5.16 Inspeccione en el paciente:

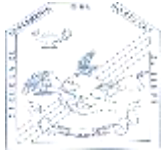
1. Presencia de ojeras. Si () No ()

2. Cambio de posición varias veces
Si () No ()

3. Bostezos frecuentes Si ()
No ()

4. Visión borrosa Si () No ()

5. Tipo de respuesta es lenta Si ()
No ()



6. Se observa fatigado Si ()
No ()

7. Irritabilidad Si () No ()

8. ¿Se encuentra apático? Si ()
No ()

9. ¿Presenta somnolencia excesiva?
Si () No ()

VI. Necesidad de usar prendas de
vestir adecuadas

6.1 ¿Su estado de ánimo es
determinante para elegir las prendas
de vestir que usará?
Si () No ()

6.2 ¿Considera que la manera de
vestir marca diferencias personales,
sociales, culturales?
Si () No ()

6.3 ¿Puede decidir por sí solo (a) la
ropa que se pone?
Si () No ()

6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o
desvestirse?
Si () No ()

6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del
vestir que tenga significado especial
para usted?

Si () No ()

6.6 ¿Su modo de vestir está
relacionado con sus valores y
creencias?

Si () No ()

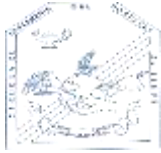
6.7 Solicitar se retire una prenda de
vestir, presenta alguna dificultad.
Si () No ()

VII. Necesidad de termorregulación

7.1 ¿Experimenta frío
frecuentemente?
Si () No ()

7.3 ¿Temperatura ambiental que le es
agradable?
Templado () Caluroso ()
Frío ()

7.4 ¿Habitación y vivienda adecuada
al clima de la zona?
Si () No ()



7.5 ¿Vestido adecuado a la estación?

Si () No ()

7.6 Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis ()
Friedad de la piel () Transpiración
normal () Escalofríos () Palidez ()
) Pilo erección () Enlentecimiento del
llenado capilar () Palidez de los
lechos ungueales () Piel caliente
al tacto ()

7.7 Temperatura

Hipotérmica () Febrícula ()
Hipertérmica () Normo termia ()

VIII, Necesidad de higiene y
protección de la pie

8.1 ¿Cuenta con recursos públicos
para practicar su higiene?

Si () No ()

8.2 ¿Baño?

Diario () Cada tercer día ()
Una vez por semana ()

8.3 ¿Lavado de manos

Antes de comer () Antes de ir
al baño ()

Después de ir al baño ()

8.4 ¿Cepillado de dientes y/o
prótesis?

Después de cada alimento () 2
veces al día ()

1 Vez al día () no lo practica ()

8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su
higiene?

Si () No () Parcial
() Total ()

8.6 ¿Aspecto general?

Correcto () Incorrecto ()

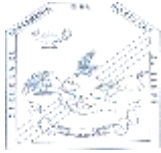
8.7 Piel

Integra / hidratada () Heridas
Ictericia () Verrugas ()
Cianosis () () Lunares

8.8 Cabello

Fino () Grueso ()
Brillante () Seco ()

¿Presencia de parásitos?



Si () No ()

8.9 Nariz

Mucosa Nasal

Coloración:

Rosa intenso ()

Secreción

Transparente () Amarilla ()

Verdosa ()

Presencia de:

Sangre () Costra ()

Perforaciones ()

8.10 Boca y orofaringe

Labios

Aspecto:

Secos () Grietas ()

Edema ()

Coloración:

Rozados () Palidez ()

Cianosis ()

Mucosa Bucal

Color:

Rojo () Rosado () Húmeda ()

Presencia de:

Manchas () Lesiones () Ulceras ()

Dientes

Completos () Incompletos ()

Prótesis:

Si () No ()

Presencia de:

Placa dentobacteriana ()

Sarro ()

8.8 Cavidad oral

Halitosis () Lesiones () Ulceras ()

8.9 OIDOS:

Dolor Si () No ()

Inflamación Si () No ()

Cerumen Si () No ()

Derrames Si () No ()

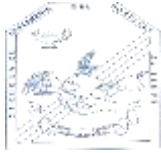
Presencia de: Nódulos ()

Lesiones ()

IX. Necesidad de evitar peligros

9.1 ¿Se ha presentado alguna defunción en su familia, en los últimos 5 años?

Si () No ()



9.2 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?

Cada año () sólo cuando se enferma ()

9.3 Presenta alguna enfermedad o padecimiento

Si () No ()

9.4 ¿Se enferma frecuentemente?

Si () No ()

9.5 ¿Cuenta con cartilla de vacunación?

Si () No ()

9.6 La Cartilla de vacunación está:

Completa () incompleta ()

9.7 ¿Se ha aplicado otras vacunas?

Si () No ()

9.8 ¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?

Si () No ()

Cuáles :

9.9 ¿Ha padecido alguna alteración?

Física () Psicológica() Social()
Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen

Si () No ()

9.10 ¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?

Si () No ()

La utiliza Si () No ()

9.11 ¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?

Se estresa Si () No ()

Pierde el control Si () No ()

¿Cómo lo manifiesta?

La familia le apoya Si () No ()

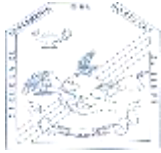
9.12 ¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?

Si () No ()

9.13 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?

Si () No ()

¿Cuáles?



9.14 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

Si () No ()

9.15 ¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?

Si () No ()

9.16 ¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidente?

Sí () No ()

9.17 Suele consumir

Alcohol () Tabaco ()

9.18 ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?

Si () No ()

¿Se fija metas para el futuro?

Si () No ()

¿Toma provisiones económicas?

Si () No ()

Le apoya algún familiar

Si () No ()

¿Quién?

9.19 Escucha bien

Si () No ()

9.20 Ve bien

Si () No ()

9.21 Lenguaje claro

Si () No ()

9.22 Presenta sensibilidad en su cuerpo

Si () No ()

9.23 Se le dificulta caminar

Si () No ()

X. Necesidades de comunicación

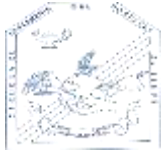
10.1 ¿Tiene relaciones armónicas con su familia?

Si () No ()

10.2 ¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?

Si () No ()

10.3 ¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse cómo?



Sentimientos de negación ()
Inhibiciones ()
Agresividad () Hostilidad ()
Desplazamiento ()

10.4 ¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?
Si () No ()

10.5 ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?
Si () No ()
¿Con quién?

10.6 ¿Cuánto tiempo pasa solo?

10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?
Si () No ()

10.8 ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?
Si () No ()

10.9 ¿Se considera de buen humor?
Si () No ()

10.10 ¿Cuándo está estresado se le dificulta comunicarse con los demás?
Si () No ()

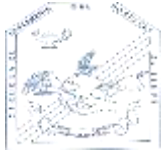
10.11 En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona?
Si () No ()

10.12 Cree que sus necesidades sexuales están cubiertas en forma satisfactoria?
Si () No ()

10.13 Según edad se encuentra orientado en:
Persona () Espacio ()
Lugar () Tiempo ()

10.14 ¿Al hablar establece contacto visual?
Si () No ()

10.15 ¿Se relaciona con su familia?
Si () No ()



10.16 ¿Qué persona de su familia es más importante para usted?

10.17 ¿Cómo lo consideran a usted dentro del núcleo familiar?

10.18 ¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?

Si () No ()

XI. Practicar su religión

11.1 ¿Religión?

11.2 ¿Practica su religión?

Si () No ()

11.3 ¿Su religión le prohíbe?

Alimentos () Practicas
higiénicas ()

Tratamientos médicos ()

¿Cuáles?

11.4 ¿Necesita del algún objeto, imagen religiosa que le ayude en su tratamiento médico?

Si () No ()

11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?

Angustia () Temor () Ansiedad ()

Depresión () Enojo ()

Culpa ()

Vergüenza () Desesperanza ()

Resignación ()

11.6 ¿Requiere de servicios religiosos?

Si () No ()

11.7 ¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?

Si () No ()

¿En su hogar existe algún objeto relacionado con su religión?

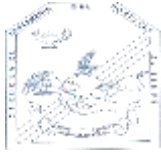
Si () No ()

XII. Necesidad de trabajo y realización

12.1 ¿Tiene actividad remunerada?

Si () No ()

12.2 ¿Tipo de trabajo?



Eventual () Permanente ()

12.3 ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia?

Si () No ()

12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?

Si () No ()

12.5 ¿Está usted satisfecho con su trabajo?

Si () No ()

12.6 ¿Está usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?

Si () No ()

12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?

Si () No ()

12.8 ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo?

Si () No ()

12.9 Estado Emocional

Inquieto () Tranquilo () Eufórico ()

Ansioso () Decepcionado de su trabajo () Irritable ()

Deprimido ()

12.10 ¿Expresiones de desesperanza e inutilidad?

Si () No ()

XIII. Necesidad de juego y recreación

13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas o de ocio?

Si () No ()

13.2 ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?

Leer () Actividades Lúdicas ()

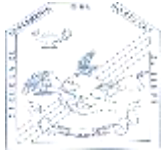
Ver televisión () Actividades

Culturales ()

Actividades Deportivas () Juegos de mesa ()

Cine () Teatro ()

13.3 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden



realizar actividades recreativas y deportivas?

si () no ()

13.4 ¿Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?

Si () No ()

¿Por qué?

13.5 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad?

Si () No ()

13.6 ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas?

Si () No ()

13.7 Integridad del Sistema Neuro muscular

Elasticidad () Flexión ()

Extensión ()

XIV. Necesidad de aprendizaje

14.1 ¿Sabe escribir?

Si () No ()

14.2 ¿Sabe leer?

Si () No ()

14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?

Si () No ()

14.4 ¿Considera que su memoria es buena?

Si () No ()

¿Por qué?

14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

Si () No ()

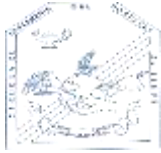
¿Por qué? Para el cuidado de su salud

14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?

Si () No ()

14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud?

Si () No ()



14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos? Lecturas () De sus semejantes () Televisión () Radio () Cursos () Otros ()

14.9 ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Si () No ()

14.9 Identifica alguna alteración en:
Vista () Si () No ()
Oído () Si () No ()

14.10 El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior (memoria reciente)
Si () No ()

14.11 Recuerda con facilidad números telefónicos importantes (memoria reciente)
Si () No ()

14.12 Recuerda con facilidad hechos de la infancia (memoria remota)
Si () No ()

14.13 Manifiesta interés por aprender
Si () No ()

14.14 Se muestra receptivo
Si () No ()